

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ADMINISTRAÇÃO
COMPETITIVIDADE E *MARKETING*

ELIZABETE CASAGRANDE LAZAROTTO

PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES DINÂMICAS EM
ORGANIZAÇÕES DO SETOR HOSPITALAR

PASSO FUNDO

2017

ELIZABETE CASAGRANDE LAZAROTTO

**PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES DINÂMICAS EM
ORGANIZAÇÕES DO SETOR HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Administração, na linha de pesquisa Competitividade e *Marketing*, da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Cassiana Maris Lima Cruz

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Ricardo Rossetto

PASSO FUNDO

2017

ELIZABETE CASAGRANDE LAZAROTTO

**PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES DINÂMICAS EM
ORGANIZAÇÕES DO SETOR HOSPITALAR**

Dissertação de Mestrado aprovada em 05 de Julho de 2017 como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Administração no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Administração, na linha de pesquisa Competitividade e *Marketing*, da Universidade de Passo Fundo do Estado do Rio Grande do Sul, pela Banca Examinadora formada pelos professores:

Profa. Dra. Cassiana Maris Lima Cruz – Orientador – UPF

Prof. Dr. Carlos Ricardo Rossetto – Coorientador - UPF

Profa. Dra. Ana Claudia Machado Padilha – UPF

Prof. Dr. Jorge Oneide Sausen – UNIJUÍ

PASSO FUNDO

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida, por iluminar sempre o meu caminho, permitindo a realização de mais esse sonho que parecia tão distante e por colocar pessoas maravilhosas na minha vida.

Agradeço imensamente a minha família, pilar sólido, sem o qual nada seria possível. Aos meus pais, Luiz Antônio e Carmem, responsáveis por tudo que sou, pelo exemplo de trabalho e dedicação, pelo incentivo aos estudos que sempre me proporcionaram desde criança. Aos meus irmãos, Luiz Carlos e Bernardete, e aos cunhados, Marcelo e Lucineide, pelo apoio e incentivo, por estarem sempre torcendo pelas minhas conquistas e ouvindo minhas aflições com a dissertação.

Agradeço especialmente ao meu esposo, Leomar, pelo amor, carinho, incentivo e por nunca ter me deixado desistir desse sonho e compreender perfeitamente a minha ausência e a falta de tempo ao longo desses dois anos.

Aos meus sogros, Gildo e Neri, pelo apoio, principalmente nesse período.

À minha tia Maria de Lourdes e minha prima Edinéia, que apesar da distância, sempre apoiam e participam das minhas decisões.

Agradeço à Profa. Dra. Cassiana Maris Lima Cruz, minha orientadora, pelo apoio, pelos ensinamentos, pela amizade e compreensão, e por acreditar em mim, incentivando-me e auxiliando-me na realização deste estudo.

Ao Prof. Dr. Carlos Ricardo Rossetto, por me encorajar na realização desta pesquisa, por ter aceitado ser meu coorientador, pelos muitos ensinamentos sobre o tema e por todo o tempo disponibilizado, me permitindo aprendizado fundamental para realização deste estudo.

Agradeço à Profa. Dra. Ana Claudia Machado Padilha, pelas contribuições na qualificação, que foram essenciais para o andamento desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Jorge Oneide Sausen, pelo conhecimento compartilhado, pela oportunidade de participação na reunião do seu grupo de estudo, que foi fundamental para a realização deste trabalho.

Agradeço ao Prof. Dr. Rodrigo Angonese, por possibilitar-me o primeiro contato com a docência e pelos seus ensinamentos, oportunizando a realização do estágio de docência na sua disciplina.

Agradeço a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Administração da UPF, pela oportunidade de aprendizado e pelo incentivo à pesquisa, fundamental para o processo de construção do conhecimento.

Também agradeço aos funcionários da FEAC, por estarem sempre prestes a ajudar com informações necessárias, em especial a Etiene, Janaine e Cássia.

A todos os meus amigos, por compreenderem minha ausência ao longo desse período.

Aos meus colegas de trabalho, por entenderem e auxiliarem nas minhas ausências nos momentos de aula e também por ouvirem minhas lamentações e angústias com relação ao Mestrado.

A todos os colegas e aos amigos que o Mestrado me concedeu, em especial Lidiane, Fernanda, Daniela, Daiane, Alberto, Rodrigo e Evandro, pelas conversas, risadas, choros, lamentações e alegrias.

Às amigas Gabriela Cappellari e Keila Rosa, que tive oportunidade de conhecer durante o Mestrado, unidas pelo tema de pesquisa, agradeço pela amizade, pelo incentivo e pela força.

Agradeço em especial ao Dr. Ivo Scherer, por realizar o primeiro contato com os hospitais pesquisados, colocando-se sempre à disposição; essa etapa foi fundamental para a realização da pesquisa nessas organizações.

Aos hospitais investigados e aos participantes da pesquisa, pela disponibilidade em participar deste estudo, permitindo sua realização.

À UPF e à CAPES, pelo apoio financeiro durante o Mestrado.

Enfim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para mais essa importante realização na minha vida.

Muito obrigada!

RESUMO

As capacidades dinâmicas buscam explicar como as organizações conseguem alcançar e sustentar a vantagem competitiva ao longo do tempo, em situações de mudanças rápidas e imprevistas, caracterizados como ambientes dinâmicos. Nesse contexto, as capacidades dinâmicas combinam o dinamismo do ambiente com os fatores internos da organização, portanto é indispensável entender como essas capacidades se desenvolvem em organizações que atuam em ambientes dinâmicos. Diante desses fatores essa dissertação teve como objetivo compreender o processo de desenvolvimento de capacidades dinâmicas em organizações hospitalares inseridas em ambientes dinâmicos. Para tanto apoiou-se no modelo proposto por Wang e Ahmed (2007) para o estudo do dinamismo do ambiente e das capacidades absorptiva e de inovação, que são fatores que compõe as capacidades dinâmicas. Para analisar o processo de desenvolvimento de cada uma dessas capacidades, por meio de elementos e mecanismos, utilizou-se o estudo de Camargo e Meirelles (2012). Quanto a metodologia realizou-se uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, através da qual foi realizado um estudo de casos múltiplos em duas organizações hospitalares do município de Passo Fundo-RS. Os dados foram coletados por meio de análise de documentos e entrevistas estruturadas realizadas com gestores que ocupam cargos estratégicos nas referidas organizações. Tais dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, com apoio do programa de análises em pesquisas qualitativas, o software Atlas/Ti. Os resultados identificaram que o dinamismo do ambiente influencia no processo de desenvolvimento das capacidades dinâmicas, neste estudo caracterizadas pela capacidade absorptiva e capacidade de inovação, e este ocorre por meio dos comportamentos e habilidades presentes nas organizações, de aceitar as mudanças, incentivá-las e entendê-las como normais; essas mudanças são suportadas por processos e rotinas e sustentadas por mecanismo de aprendizagem e governança do conhecimento, que articulam-se entre si. Esses elementos e mecanismos foram identificados em cada uma das dimensões da capacidade absorptiva e de inovação nos hospitais estudados, demonstrando a semelhança do processo de desenvolvimento das capacidades dinâmicas de ambos os hospitais.

Palavras-chave: Capacidades Dinâmicas. Capacidade Absortiva. Capacidade de Inovação. Organizações Hospitalares.

ABSTRACT

The dynamic capabilities aim to explain how do the organizations reach and sustain the competitive advantages throughout the times, in situations of fast and unpredictable changes, characterized as dynamic environments. In such context, the dynamic capabilities combine the dynamics of the environment to the internal elements of the organization and, therefore, it is crucial to comprehend how are developed these capabilities in organizations with dynamic environments. In face of these factors, this thesis aimed to comprehend the process of developing dynamic capabilities in hospital organizations set up in dynamic environments. For that, it was based on the model proposed by Wang and Ahmed (2007) for the study of environment dynamics and absorptive and innovation capabilities, which are factors that compose the dynamic capabilities. For analyzing the development process of each of these capabilities, through elements and mechanisms, it was used the study of Camargo and Meirelles (2012). As for the method, it was conducted a qualitative, exploratory and descriptive research, through a multiple case study in two hospital organizations in Passo Fundo - RS. Data were collected through the analysis of documents and structured interviews applied with administrators that occupy strategic positions in the organizations. Such data were analyzed through the content analysis, with the support of the software Atlas/TI, used in the analysis of qualitative research. Results identified that the dynamics of the elements in the environment affects the process of developing dynamic capabilities, characterized, in this study, by the absorptive and innovation capabilities. Such process occurs in behaviors and abilities found in the organizations by accepting changes, encouraging and comprehending them as usual. These changes are supported by processes and routines and sustained by the mechanism of learning and managing of the knowledge, which are articulated. These elements and mechanisms were identified in each dimension of the absorptive and innovation capabilities in the investigated hospitals, showing the similarity in the process of developing dynamic capabilities in both hospitals.

Keywords: Dynamic Capabilities. Absorptive Capacity. Innovation Capacity. Hospital Organizations.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Correntes explicativas da vantagem competitiva.....	25
Figura 2 – Um modelo de pesquisa de capacidades dinâmicas.....	34
Figura 3 – Um modelo de capacidade absorptiva.....	41
Figura 4 – Modelo conceitual de pesquisa.....	63
Figura 5 – ACAP aquisição – capacidade de detectar oportunidades	98
Figura 6 – ACAP Aquisição – capacidade da organização entender a mudança.....	100
Figura 7 – ACAP aquisição – incentivo aos colaboradores utilizar informações externas ...	102
Figura 8 – ACAP aquisição – Comportamento de entender a mudança como normal	104
Figura 9 – ACAP aquisição – habilidade de a organização aproveitar <i>feedbacks</i>	106
Figura 10 – ACAP assimilação – acesso aos níveis decisórios.....	109
Figura 11 – ACAP assimilação – troca de experiências e negociação	111
Figura 12 – ACAP assimilação – habilidade de comunicação.....	114
Figura 13 – ACAP assimilação – diversidade.....	116
Figura 14 – ACAP assimilação – entendimento das necessidades dos clientes.....	118
Figura 15 – ACAP transformação – compartilhamento de objetivos e experiências:	121
Figura 16 – ACAP transformação – conectividade	123
Figura 17 – ACAP – Dimensão aplicação – habilidade de desenvolvimento de projetos.....	126
Figura 18 – ACAP aplicação – habilidade de trabalhar com novas tecnologias.....	128
Figura 19 – ACAP aquisição – rotinas de controle	135
Figura 20 – ACAP aquisição – rotinas de estabelecimento de padrões operacionais	136
Figura 21 – ACAP aquisição – rotinas de busca de informações externas.....	139
Figura 22 – ACAP <i>aquisição</i> – rotinas de investimento em pesquisa e desenvolvimento	142
Figura 23 – <i>ACAP assimilação – rotinas de discussão</i>	144
Figura 24 – ACAP assimilação – rodízio de funções	146
Figura 25 – ACAP transformação – rotinas de qualificação de pessoal.....	149
Figura 26 – ACAP aplicação – rotinas de desenvolvimento de novos processos e serviços e projeto-piloto	151
Figura 27 – ACAP aquisição – mecanismos de busca.....	158
Figura 28 – ACAP Aquisição – interações informais com outras organizações.....	162
Figura 29 – ACAP assimilação – mecanismos de integração social.	166
Figura 30 – ACAP assimilação – mecanismos de benchmarking industrial	168
Figura 31 – ACAP assimilação – mecanismo de interface entre funções/tarefas	170
Figura 32 – ACAP transformação – mecanismo utilização de tecnologia da informação	173
Figura 33 – ACAP transformação – mecanismo de endomarketing	176
Figura 34 – Inovação em serviços – habilidade criativa	184
Figura 35 – Inovação em serviços – agilidade em inovar	186
Figura 36 – Inovação de mercado – educação de mercado.....	189
Figura 37 – Inovação de mercado – educação de mercado.....	191
Figura 38 – Inovação de processo – Capacidade de introduzir novos métodos para realização dos processos e serviços.....	193

Figura 39 – Inovação de processo – capacidade de introduzir novos equipamentos para prestação de serviço	195
Figura 40 – Inovação de processo – novas abordagens de gestão.....	198
Figura 41 – Inovação comportamental – cultura organizacional para inovação	200
Figura 42 – Inovação estratégica – capacidade de assumir riscos.....	203
Figura 43 – Inovação estratégica – soluções em tecnologias inovadoras	206
Figura 44 – Inovação estratégica – habilidade de gerar soluções para problemas complexos	208
Figura 45 – Inovação estratégica – habilidade de gerar soluções para problemas complexos	210
Figura 46 – Inovação em serviços – rotinas de desenvolvimento de novos projetos, serviços e processos	215
Figura 47 – Inovação de mercado – rotinas de marketing	218
Figura 48 – Inovação de processos – rotinas de avaliação de necessidades de mudanças	220
Figura 49 – Inovação comportamental – motivação para inovação	222
Figura 50 – Inovação Estratégica – rotinas de estrutura organizacional para inovação	225
Figura 51 – Inovação em serviços – mecanismos de controle	231
Figura 52 – Inovação de processo – mecanismo de suporte técnico	236
Figura 53 – Inovação comportamental – sinergia do grupo.....	238
Figura 54 – Inovação estratégica – experimentação e aprendizado prático.....	241

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais definições de capacidades dinâmicas	31
Quadro 2 – Componentes da dimensão aquisição	44
Quadro 3 – Componentes da dimensão assimilação	46
Quadro 4 – Componentes da dimensão Transformação	47
Quadro 5 – Componentes da dimensão Aplicação	49
Quadro 6 – Dimensões da inovação organizacional	52
Quadro 7 – Comportamentos e habilidade de desenvolvimento de Capacidades Dinâmicas..	57
Quadro 8 – Processos e Rotinas de sustentação das capacidades dinâmicas	59
Quadro 9 – Mecanismo de aprendizagem e governança de conhecimento	61
Quadro 10 – Caracterização dos entrevistados.....	66
Quadro 11 – Categorias para dinamismo do ambiente	72
Quadro 12 – Categorias para comportamentos e habilidades das dimensões da capacidade absortiva	72
Quadro 13 – Categorias para rotinas e processos das dimensões da capacidade absortiva	73
Quadro 14 – Categorias para mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento das categorias da capacidade absortiva	74
Quadro 15 – Categorias para comportamentos e habilidades das dimensões da capacidade de inovação	75
Quadro 16 – Categorias para processos e rotinas das dimensões da capacidade de inovação.	76
Quadro 17 – Categorias para mecanismos de governança do conhecimento das dimensões da de capacidade de inovação	76
Quadro 18 – Estabelecimentos por tipo e por região brasileira	81
Quadro 19 – Leitos para internação por tipo de prestador e por região.....	82
Quadro 20 – Fatores do dinamismo do ambiente hospitalar.....	94
Quadro 21 – Sistematização dos resultados dos comportamentos e habilidade da capacidade absortiva	129
Quadro 22 – Sistematização dos resultados de processos e rotinas da capacidade absortiva	152
Quadro 23 – Sistematização dos resultados dos mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento da capacidade absortiva	178
Quadro 24 – Sistematização dos resultados de comportamentos e habilidades da capacidade de inovação.....	211
Quadro 25 – Sistematização dos resultados de processos e rotinas da capacidade de inovação	226
Quadro 26 – Sistematização dos resultados de mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento da capacidade de inovação.....	242
Quadro 27 – Resultado dos hospitais Beta e Gama segundo modelo de análise de capacidades dinâmicas.....	245

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACAP	Absorptive Capability
AGMs	Avaliações Gerais Mensais
ALRS	Assembleia Legislativa do RS
ANAHF	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de vigilância Sanitária
CD	Capacidades Dinâmicas
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CMB	Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DICQ	Departamento de Inspeção e Credenciamento da Qualidade
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FEHOSUL	Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do Sul
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHOSP	Incentivo de Co-financiamento da Assistência Hospitalar
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NR	Norma Regulamentadora
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PACAP	Capacidade Absortiva Potencial
PIB	Produto Interno Bruto
POP	Procedimento Operacional Padrão
RACAP	Capacidade Absortiva Realizada
RBV	<i>Resource-based view</i>
RDC	Regulamento da Diretoria Colegiada
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SF	Senado Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento
VRIO	Valor, Raridade, Imitabilidade e Organização

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	16
1.2 OBJETIVOS	19
1.2.1 Objetivo geral.....	19
1.2.2 Objetivos específicos.....	19
1.3 JUSTIFICATIVA	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 VANTAGEM COMPETITIVA	24
2.2 VISÃO BASEADA EM RECURSOS (RBV).....	26
2.3 CAPACIDADES DINÂMICAS.....	28
2.3.1 Modelo de análise de capacidades dinâmicas.....	34
2.3.1.1 <i>Dinamismo do ambiente</i>	36
2.3.1.2 <i>Capacidade absorptiva</i>	40
2.3.1.2.1 Aquisição de conhecimento	43
2.3.1.2.2 Assimilação de conhecimento.....	45
2.3.1.2.3 Transformação de conhecimento	47
2.3.1.2.4 Aplicação de conhecimento	48
2.3.1.3 <i>Capacidade de inovação</i>	50
2.3.2 Elementos componentes e mecanismos de desenvolvimento de capacidades dinâmicas.....	55
2.3.2.1 <i>Comportamentos e habilidades</i>	55
2.3.2.2 <i>Processos e rotinas</i>	58
2.3.2.3 <i>Mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento</i>	60
2.4 MODELO CONCEITUAL DA PESQUISA.....	62
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	64
3.1 CLASSIFICAÇÃO E DELINEAMENTO DA PESQUISA	64
3.2 OBJETO DE ESTUDO	65
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA	66
3.4 COLETA DE DADOS	66
3.4.1 Instrumento de coleta de dados	67
3.4.2 Pré-teste e aplicação do instrumento de coleta de dados	68
3.5 PLANO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	71

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	78
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS	78
4.1.1 Hospital Beta	78
4.1.2 Hospital Gama	79
4.2 DINAMISMO DO AMBIENTE HOSPITALAR.....	80
4.2.1 Mudanças no ciclo econômico	84
4.2.2 Inovações tecnológicas	85
4.2.3 Mudanças regulatórias	88
4.2.4 Competitividade	90
4.2.5 Sistematização dos elementos que caracterizam o dinamismo do ambiente	93
4.3 CAPACIDADE ABSORTIVA.....	95
4.3.1 Comportamentos e habilidades da capacidade absorptiva	95
4.3.1.1 <i>Dimensão Aquisição</i>	95
4.3.1.2 <i>Dimensão Assimilação</i>	107
4.3.1.3 <i>Dimensão transformação</i>	119
4.3.1.4 <i>Dimensão Aplicação</i>	125
4.3.1.5 <i>Sistematização dos elementos que caracterizam os comportamentos e habilidades da capacidade absorptiva</i>	129
4.3.2 Processos e rotinas de desenvolvimento da capacidade absorptiva	132
4.3.2.1 <i>Dimensão Aquisição</i>	133
4.3.2.2 <i>Dimensão Assimilação</i>	142
4.3.2.3 <i>Dimensão transformação</i>	146
4.3.2.4 <i>Dimensão aplicação</i>	149
4.3.2.5 <i>Sistematização dos elementos que caracterizam os processos e rotinas da capacidade absorptiva</i>	152
4.3.3 Mecanismo de aprendizagem e governança do conhecimento que suportam a capacidade absorptiva	155
4.3.3.1 <i>Dimensão Aquisição</i>	155
4.3.3.2 <i>Dimensão Assimilação</i>	162
4.3.3.3 <i>Dimensão Transformação</i>	170
4.3.3.4 <i>Dimensão Aplicação</i>	177
4.3.3.5 <i>Sistematização dos resultados de mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento da capacidade absorptiva</i>	177
4.4 CAPACIDADE DE INOVAÇÃO	181
4.4.1 Comportamentos e habilidades da capacidade de inovação	181
4.4.1.1 <i>Inovação em serviços</i>	181

4.4.1.2 Inovação de Mercado	186
4.4.1.3 Inovação de Processo	191
4.4.1.4 Inovação Comportamental	198
4.4.1.5 Inovação Estratégica	201
4.4.1.6 Sistematização dos elementos que caracterizam os comportamentos e habilidades da capacidade de inovação	210
4.4.2 Processos e rotinas da capacidade de inovação	213
4.4.2.1 Inovação em serviços	214
4.4.2.2 Inovação de mercado	215
4.4.2.3 Inovação de Processo	218
4.4.2.4 Inovação Comportamental	221
4.4.2.5 Inovação Estratégica	223
4.4.2.6 Sistematização dos elementos que caracterizam os processos e as rotinas da capacidade de inovação	225
4.4.3 Mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento da capacidade de inovação	228
4.4.3.1 Inovação em serviços	228
4.4.3.2 Inovação de Mercado	232
4.4.3.3 Inovação de processo	233
4.4.3.4 Inovação comportamental	236
4.4.3.5 Inovação Estratégica	238
4.4.3.6 Sistematização dos elementos que caracterizam os mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento da capacidade de inovação	242
4.5 SISTEMATIZAÇÃO DOS RESULTADOS	245
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	251
5.1 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS	256
REFERÊNCIAS	258
APÊNDICE A – ESTRUTURA DO INSTRUMENTO DE PESQUISA	271
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	285
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO DE LIVRE ESCLARECIMENTO (TCLE)	290

1 INTRODUÇÃO

As organizações buscam constantemente estratégias para sobreviver e prosperar em ambientes altamente dinâmicos, caracterizados por rápidas e intensas mudanças, diante dos crescentes avanços tecnológicos e da globalização que interferem diretamente em sua competitividade. A questão sobre como as organizações alcançam a vantagem competitiva e a sustentam ao longo do tempo é fundamental na área da estratégia (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997).

A vantagem competitiva pode ser caracterizada como a capacidade das organizações implantarem processos e recursos valiosos, não utilizados ainda pelos concorrentes, gerando oportunidade e níveis de desempenho acima da média do mercado (VASCONCELOS; CYRINO, 2000). Tais recursos podem ser tangíveis e intangíveis, humanos e todas as outras atividades realizadas na organização (ADENIRAN; JOHNSTON, 2016).

Os estudos de vantagem competitiva, sob a ótica de diferentes correntes de pensamento econômico, iniciaram a partir de 1970, utilizando diferentes perspectivas teóricas. Essas abordagens referem-se ao modelo da Organização Industrial, à teoria da Visão Baseada em Recursos (RBV), aos Processos de Mercado e, por fim, à teoria das Capacidades Dinâmicas (VASCONCELOS; CYRINO, 2000), perspectiva teórica que orientará esta pesquisa.

As abordagens anteriores às capacidades dinâmicas (CD) não explicam por que certas empresas têm vantagem competitiva em situações de mudanças rápidas e imprevistas, ou seja, em ambientes dinâmicos (TEECE, PISANO; SHUEN, 1997). Assim, mantendo o foco somente no ambiente interno e nos recursos que a organização possui, como proposto pela RBV, não é possível explicar tal condição, devido a esta teoria ser mais estática e não considerar o dinamismo do ambiente (EISENHARDT; MARTIN, 2000) em termos de novos conhecimentos, tecnologias, informações, produtos e serviços.

Diante do exposto, as capacidades dinâmicas, que surgem como uma nova abordagem da administração estratégica, também oriunda de fontes internas, é capaz de atuar nesses ambientes, gerando vantagem competitiva sustentável, em função de considerar o dinamismo do ambiente combinado com os fatores internos da organização (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997; ZAHRA; GEORGE, 2002; TEECE, 2007; WANG; AHMED, 2007).

As capacidades dinâmicas surgem para preencher uma lacuna teórica deixada pela RBV, de tornar a vantagem competitiva sustentável em ambientes dinâmicos, tanto que, para vários autores, as capacidades dinâmicas são consideradas uma extensão da RBV (TEECE;

PISANO, 1994; TEECE; PISANO; SCHUEN, 1997; HELFAT, 1997; EISENHARDT; MARTIN, 2000; MARCUS; ANDERSON, 2006; TEECE, 2007; AMBROSINI; BOWMAN, 2009; FERREIRA *et al.*, 2014).

Esta temática vem ganhando destaque em pesquisas no campo da Administração, como paradigma emergente (SHER; LEE, 2004; BARRETO, 2010) desde sua abordagem inicial, no trabalho seminal de Teece, Pisano e Shuen (1997) e continua atraindo bastante atenção de pesquisadores internacionais (EASTERBY-SMITH; PIETRO, 2008; AMBROSINI; BOWMAN, 2009; BARRETO, 2010) e nacionais, visto que continua sendo um tema que requer investigação aprofundada e sistemática, em função da sua complexidade (GUERRA; TONDOLO; CAMARGO, 2016).

Estudos teóricos e empíricos sobre as capacidades dinâmicas têm evoluído, no sentido de integrar fatores e recursos, o que, de acordo com Wang e Ahmed (2007, p. 2), “tem sido conduzido em uma base fragmentada e os resultados da investigação permanecem desconectados”.

Diante dessa realidade, Wang e Ahmed (2007) identificam três elementos componentes das capacidades dinâmicas responsáveis pelo desempenho das organizações em longo prazo: capacidade de adaptação, absorção e de inovação, que juntos revelam a “caixa-preta” de como os recursos e as capacidades podem ser utilizados para sustentar a vantagem competitiva das organizações.

Tomando como base que as capacidades dinâmicas se desenvolvem em ambientes dinâmicos, turbulentos e complexos, marcados por incertezas, foi escolhido como objeto de estudo o setor hospitalar. Essas organizações, que se enquadram como prestadoras de serviços na área de saúde, são complexas devido à importância do serviço prestado e seu cunho social. Portanto, devem estar sempre preparadas para enfrentar o ambiente dinâmico e turbulento, investindo em novas competências e tecnologia (ISIDRO FILHO, 2010).

As mudanças ocorridas nos últimos anos no setor de saúde vêm tornando o ambiente cada vez mais dinâmico, considerando o envelhecimento da população e, conseqüentemente, o aumento de doenças crônicas, o que aumenta a necessidade de novas tecnologias, bem como a complexidade do serviço prestado. Além dos órgãos reguladores, tendo como marco inicial a Legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) criada a partir da Constituição Federal de 1988, se intensificando a partir dos anos 1990 com a regulamentação dos planos de saúde através da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As organizações hospitalares, principalmente filantrópicas de cunho privado, que são financiadas em grande

parte pelo SUS e pelas operadoras privadas de planos de saúde, precisam se adaptar constantemente a essas mudanças para manter suas operações.

Agwunobi e Osborne (2016), afirmam que a maior preocupação dos *Chiefs Executive Officer (CEOs)* dos hospitais sempre foram suas finanças e sempre houve concorrência, paralelo a esses fatores, recentemente começou a se desenvolver também a preocupação entre o ecossistema hospitalar e outros setores como a tecnologia, tornando a teoria das capacidades dinâmicas relevante para as organizações hospitalares. Com aumento do ritmo de mudanças nesse segmento, maior acesso dos pacientes a informação, para os mesmos autores, os hospitais estão mais expostos do que anteriormente às oportunidades e ameaças de mudanças tecnológicas rápidas, tornando sua competição não mais local como no passado, as pessoas estão dispostas a viajar para fora e para outros países em busca de melhor atendimento para solucionar seus problemas.

A partir deste contexto, a temática deste trabalho busca compreender o desenvolvimento das capacidades dinâmicas em organizações hospitalares, a partir da capacidade absorptiva (denominada em inglês absorptive capability- ACAP) e a capacidade de inovação, com base nos comportamentos, nas habilidades, nos processos, nas rotinas e nos mecanismos de aprendizagem que as organizações possuem.

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

O ambiente atual, marcado por constantes mudanças, acirrada competitividade, surgimento de novas tecnologias, produtos e serviços impacta diretamente nas organizações, tornando seu ambiente dinâmico e incerto. Inseridas nesse cenário, as organizações se encontram em ambientes competitivos de alta velocidade onde a manutenção da vantagem competitiva é um desafio definido (AVILA; GOEPP; KIEFER, 2009).

As empresas de alto desempenho reconhecem que o seu sucesso dependerá da habilidade que elas têm de criar e aplicar o conhecimento e as informações, de forma a se adaptarem a ambientes corporativos de crescente complexidade e dinamismo (ZWICKER; TREVISAN; CUNHA, 2006).

Para Dess e Beard (1984), o ambiente competitivo é complexo quando é moldado por um conjunto de muitos fatores diferentes uns dos outros. Dessa forma, a complexidade pode decorrer de uma série de fatores, como a heterogeneidade de mercados e as tecnologias utilizadas na organização, entre outros.

O dinamismo, por sua vez, é caracterizado como a taxa de mudanças imprevistas no ambiente das organizações, relacionando-se com a incerteza (LUMPKIN; DESS, 2001), ou seja, refere-se ao ritmo das mudanças observadas nos elementos do ambiente (CARVALHO; ROSSETTO, 2014).

Nesse sentido, os ambientes dinâmicos requerem contínua adaptação e reconfiguração para dotar a organização dos recursos e das capacidades necessários (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997). Isso ocorre por meio da abordagem das capacidades dinâmicas, que, de acordo com Teece, Pisano e Shuen (1997), referem-se à habilidade da organização integrar, construir e reconfigurar competências internas e externas, a fim de responder a mudanças rápidas do ambiente e sustentar a vantagem competitiva.

O dinamismo do ambiente é considerado um antecedente para que as organizações desenvolvam capacidades dinâmicas (WANG; AHMED, 2007). Tal ambiente é propício para o desenvolvimento dessas capacidade, visto que as organizações as desenvolvem quando percebem alto grau de dinamismo e complexidade em seu ambiente (BARRALES-MOLINA; BENITEZ-AMADO; PEREZ-AROSTEGUI, 2010).

Segundo Zollo e Winter (2002), sabe-se que é, porém não se sabe como as organizações desenvolvem as capacidades dinâmicas. Na mesma lógica, Andreeva e Chaika (2006) argumentam que os estudos sobre capacidades dinâmicas focam nos resultados que elas produzem, ou seja, em seu efeito e não em como elas são desenvolvidas dentro das organizações.

Nessa perspectiva, Camargo e Meirelles (2012) propõem um modelo de operacionalização das capacidades dinâmicas por meio de comportamentos e habilidades de mudança e inovação, associados a processos e rotinas que suportam essas capacidades, as quais, por sua vez, são sustentadas por mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento. O conjunto desses elementos e mecanismos desenvolvem as capacidades dinâmicas.

Nesse sentido, a proposta desta pesquisa é operacionalizar os elementos e mecanismos de desenvolvimento das capacidades dinâmicas sob a ótica de Camargo e Meirelles (2012), presentes nas organizações hospitalares, relacionando-os com a capacidade absorptiva e capacidade de inovação, propostas por Wang e Ahmed (2007), como fatores que compõem as capacidades dinâmicas. Considera-se que esse processo conduz ao desenvolvimento de capacidades dinâmicas.

No contexto hospitalar, objeto deste estudo, o ambiente é altamente complexo. Segundo Minotto (2002), de todas as organizações modernas, nenhuma é mais complexa do

que um hospital. Esse fato também se aplica à forma de administrar, devido à quantidade e variedade de especializações dos empregados, que devem ser orientados e conduzidos devidamente para não tornar o hospital um caos (NOVAES; PAGANINI, 1992). Portanto, os hospitais devem ser administrados em pressupostos que caracterizam a administração empresarial moderna (GONÇALVES, 1998).

Nesse sentido, segundo Pereira (2000), com base em uma pesquisa empírica realizada nos hospitais de Santa Catarina, a gestão dos hospitais deve ser orientada para o ambiente externo e adaptar-se às mudanças em todas as dimensões. Com base nessas abordagens, nota-se a necessidade das organizações se adaptarem à dinâmica do ambiente, tais como as demais empresas.

Na mesma lógica, para Anyanwu *et al.* (2003), os processos de saúde, tanto médicos quanto administrativos, são complexos e de natureza dinâmica, visto que a gestão deste tipo de organização não é um processo homogêneo (BRITES, 2014). A competitividade do setor hospitalar também difere dos demais setores da economia, pois estes buscam concorrência nos preços e maximização de lucro, enquanto que os hospitais competem principalmente em qualidade, com investimentos em equipamento sofisticados buscando atrair profissionais de saúde e melhorando o ambiente para seus clientes (NOETHER, 1988).

Nos últimos anos o setor de saúde vem enfrentando um grande desafio devido a recente crise econômica mundial que levou a cortes nas despesas orçamentárias gerando incertezas nesse segmento (PINTO; NOSSA; TEIXEIRA, 2015). Essa incerteza sobre o futuro é outro fator que torna a abordagem das capacidades dinâmicas relevante e necessária neste setor, (AGWUNOBI; OSBORNE, 2016).

Com os hospitais filantrópicos o cenário não é diferente, apesar da redução da carga tributária, as referidas organizações estão enfrentando intensas dificuldades financeiras, visto que para atender a regulamentação da filantropia precisam destinar no mínimo 60% de sua capacidade para atendimento SUS, sendo este órgão seu principal financiador, que não cobre nem o custo de procedimentos. Além disso, os hospitais filantrópicos, como os demais hospitais também estão enfrentando dificuldades em função da redução de pacientes particulares e convênios, pois apesar de não ter fins lucrativos, também são hospitais privados e necessitam dessas receitas para manter-se sustentável e com tecnologias inovadoras.

As tentativas de crescimento em conjunto com as elevadas despesas operacionais nos hospitais filantrópicos mostram-se suficientes para se tentar buscar novas ideias e de se refletir sobre as propostas de inovação e tecnologia (BRÍGIDA, 2012). Nesse ambiente a aplicação da abordagem das capacidades dinâmicas se mostra de uma excelente contribuição,

uma vez que combina recursos internos com recursos externos, com base na dinâmica do mercado, respondendo a esse dinamismo de forma competitiva e inovadora.

.Diante do exposto, origina-se a seguinte questão de pesquisa: como ocorre o processo de desenvolvimento de capacidades dinâmicas em organizações hospitalares inseridas em ambientes dinâmicos?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Compreender o processo de desenvolvimento de capacidades dinâmicas em organizações hospitalares inseridas em ambientes dinâmicos.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar o ambiente no qual as organizações estão inseridas.
- b) Determinar as habilidades e os comportamentos que propiciam a existência de capacidade absorptiva e de inovação.
- c) Descrever os processos e as rotinas de suporte à capacidade absorptiva e de inovação.
- d) Investigar os mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento para desenvolvimento da capacidade absorptiva e de inovação.

1.3 JUSTIFICATIVA

Em ambientes altamente complexos e turbulentos, o desenvolvimento de capacidades dinâmicas para construir, integrar e reconfigurar recursos, é essencial (MAJUMDAR, 2000; MATHIASSEN; VAINIO, 2007). Nesse sentido, este estudo se justifica pela importância das capacidades dinâmicas aplicadas no setor hospitalar, caracterizado como um ambiente altamente dinâmico e complexo por sua natureza.

No contexto dessas organizações, a presença de comportamentos e habilidades, desenvolvimento de rotinas, processos e mecanismos que permitam a busca de conhecimento e a geração de inovações é essencial. O recorte teórico proposto foca em comportamentos e habilidades, processos e rotinas e mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento (CAMARGO; MEIRELLES, 2012) para o desenvolvimento da capacidade

absortiva e de inovação, que fazem parte dos elementos que compõem as capacidades dinâmicas (WANG; AHMED, 2007). Considera-se também que essas capacidades se desenvolvem em ambientes dinâmicos, conforme modelo de Wang e Ahmed (2007).

A capacidade adaptativa, parte do constructo das capacidades dinâmicas proposto por Wang e Ahmed (2007), de acordo com esses autores, refere-se a capacidade que a uma organização tem de identificar e capitalizar as oportunidades emergentes do mercado. Portanto, entende-se, neste estudo, que a capacidade adaptativa já está contemplada pela capacidade absorptiva, quando estudada a partir das dimensões de aquisição, assimilação, transformação e aplicação do conhecimento, conforme constructo de Zahra e George (2002), visto que essas dimensões permitem a identificação e capitalização dessas oportunidades.

Apesar do crescente número de estudos, desde a abordagem inicial sobre capacidades dinâmicas, de Teece, Pisano e Shuen (1997), ainda existe divergência quanto à conceituação e aplicação dos constructos (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997; EISENHARDT; MARTIN, 2000; ZOLLO; WINTER, 2002; WINTER, 2003; TEECE, 2007; WANG; AHMED, 2007; AMBROSINI; BOWMAN, 2009; BARRETO, 2010).

Dessa forma, Danneels (2008) expõe a necessidade de aumentar pesquisas dessa natureza a fim de tornar a noção dessas capacidades menos abstrata. Para tanto, Ambrosini e Bowman (2009) defendem a necessidade de mais abordagens de pesquisas de caráter qualitativo para melhorar o entendimento acerca dessa teoria.

Corroborando o exposto, Guerra, Tondolo e Camargo (2016) argumentam que a literatura de capacidades dinâmicas ainda apresenta ambiguidades crescentes. Nesse sentido, uma das ambiguidades apontadas pelos autores é com relação ao processo de desenvolvimento, em função da natureza e do efeito dos recursos que as geram. Isso porque depende da percepção interna de cada organização e da sua capacidade de implantar as mudanças que ocorrem, tornando esse processo de desenvolvimento individual de cada organização.

Sendo assim, considerando-se a contribuição para o campo de conhecimento da área de estratégia, uma vez que abordagens de como as capacidades dinâmicas são desenvolvidas são menos recorrentes na literatura, justifica-se esta pesquisa. Além disso, no campo teórico esta pesquisa possibilita a compreensão das capacidades dinâmicas nas organizações sob a perspectiva de Wang e Ahmed (2007) e Camargo e Meirelles (2012), o que demonstra seu caráter relevante para o campo.

A partir dos constructos relatados, destacam-se alguns estudos que abordaram a temática do desenvolvimento das capacidades dinâmicas em organizações de outros

segmentos. Nesse contexto, Camargo (2012) buscou identificar indícios da existência de capacidades dinâmicas em uma empresa de serviços, identificando quais habilidades, comportamentos, processos, rotinas e mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento suportam a existência dessas capacidades.

Esta mesma abordagem foi utilizada por Silva (2016) e Rosa (2016), em seus estudos de casos realizados em empresas do setor têxtil e vestuário respectivamente. Ambos buscaram identificar os mecanismos e instrumentos de desenvolvimento de capacidades dinâmicas, considerando as capacidades adaptativa, absorptiva e inovativa de forma integrada, conforme modelo proposto por Wang e Ahmed (2007). Em seus estudos, os autores não realizam distinção entre as três capacidades, com relação aos mecanismos e instrumento, que desenvolvem cada uma delas.

Cappellari (2016), por sua vez, em uma pesquisa realizada em empresas do segmento metal mecânico, evolui com relação a utilização do constructo, relacionando cada um dos elementos e mecanismos de desenvolvimento de capacidades dinâmicas a cada uma das capacidades: absorptiva, adaptativa e inovativa. Além disso, seu estudo relaciona ainda as capacidades dinâmicas à inteligência de mercado nessas organizações, considerando que empresas orientadas para o mercado desenvolvem capacidades dinâmicas.

Diante dessa realidade, o presente estudo evolui no sentido de identificar os elementos e mecanismos em cada uma das dimensões das capacidades absorptiva, propostas por Zahra e George (2002) e inovativa, conforme Wang e Ahmed (2004) que conduzem ao desenvolvimento dessas capacidades e, conseqüentemente, das capacidades dinâmicas, demonstrando seu caráter relevante e original para a teoria.

Com relação aos estudos empíricos encontrados que abordam capacidade absorptiva e de inovação, percebe-se que a capacidade de inovação geralmente é entendida como um resultado da capacidade absorptiva, ou como resultado de outras teorias mediadas por esta.

Dentre esses estudos, destacam-se Liao, Fei e Chen (2007) que abordam a relação entre compartilhamento do conhecimento, capacidade absorptiva e capacidade de inovação; Limaj, Bernroider e Choudrie (2016) que avaliam a influência do sistema de informação social sobre a capacidade absorptiva e inovação, no qual está última é resultado do sistema de informações sociais mediado pela capacidade absorptiva; Ali e Park (2016) que estudam a relação entre capacidade absorptiva, inovação organizacional e cultura de inovação. No presente estudo a capacidade de inovação é considerada uma capacidade dinâmica, destacando outro aspecto teórico importante.

Com relação à aplicação empírica, o estudo se justifica por abordar a questão das organizações de serviços hospitalares, de natureza privada e filantrópica, de importância relevante quanto ao cunho social e para o desenvolvimento da Região. Essas organizações se caracterizam como intensivas em conhecimento, dependendo, portanto do uso de conhecimento de alta complexidade (GONÇALO; BORGES, 2010). Esse conhecimento é absorvido, transformado e aplicado através da capacidade absorptiva, além das inovações tecnológicas que são constantes nesse setor aplicadas por meio da capacidade de inovação.

Ao buscar publicações sobre o tema nas bases de dados *Scopus* e Periódicos Capes, foram encontrados vários estudos sobre capacidades dinâmicas em organizações hospitalares, porém não foram encontrados estudos que visavam estudar especificamente o desenvolvimento da capacidade absorptiva e da capacidade de inovação sob a perspectiva dos elementos componente e mecanismos das capacidades dinâmicas neste setor, destacando o caráter original e inovador do estudo proposto.

Nesse sentido, no âmbito internacional destacam-se estudos referentes à criação de capacidades dinâmicas por meio da ideologia humanista (WOOTEN; CRAQNE, 2004), vantagem competitiva, por meio da capacidade de inovação administrativa (RIDDER; DOEGE; MARTINI, 2007; WILLIAMS; WHITTIER, 2007), implementação de inovação em hospitais públicos (PIENING, 2011), aprendizagem incremental, de importância vital para a adaptação organizacional, relacionando-se positivamente com o desempenho (SALGE; VERA, 2013), incremento das capacidades dinâmicas por meio das mídias sociais em hospitais (LEUNG, 2013) e a criação de um framework para estudar a vantagem competitiva por meio da teoria das capacidades dinâmicas em organizações hospitalares, aplicando os microfundamentos propostos por Teece (2007) (AGWUNOBI; OSBORNE, 2016).

Na literatura nacional foram encontrados estudos referentes às relações das capacidades dinâmicas com a inovação em um hospital de grande porte em São Paulo (QUEIROZ; MALIK; STAL, 2007) e capacidade absorptiva em um hospital localizado no Município de Passo Fundo (PADILHA, *et al.*, 2008).

A escolha do objeto de pesquisa, o setor hospitalar, no Município de Passo Fundo se justifica em função do mesmo ser considerado Capital do Planalto Médio na área de serviços, com destaque no setor de saúde. O município conta com nove hospitais especializados e o segundo maior e mais moderno centro de diagnóstico, atraindo diariamente milhares de pessoas de quase 50 municípios. Isso faz com que o mesmo se torne referência, não apenas no estado do Rio Grande do Sul, mas também em Santa Catarina, sendo considerado o terceiro

maior centro de saúde do sul do Brasil, ficando atrás apenas de Porto Alegre e Curitiba (ANUÁRIO DA SAÚDE, 2014/2015).

A partir de 1940 que Passo Fundo começou a ser moldado como polo regional de saúde, sendo que nos anos de 1950 já era referência nesta área, com seu renovado corpo médico e atendimento de pacientes de outras regiões do estado. A faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo, a partir de 1970, impulsionou para que o município se tornasse polo de saúde do estado.

Dessa forma o setor foi se desenvolvendo com as parcerias das instituições de ensino, os hospitais São Vicente de Paulo, o Hospital da Cidade, outros hospitais especializados, centros de diagnósticos, laboratórios, com o investimento em tecnologia e pesquisa. Nesta trajetória o município se tornou referência em saúde nas seguintes áreas: gestão de alto risco, hemodiálise, tratamento de câncer e atendimento emergencial, possuindo, ainda, centro de diagnóstico com as mais avançadas tecnologias (ANUÁRIO DA SAÚDE, 2014/2015).

Além da importância na região, no contexto brasileiro, os melhores hospitais são considerados unidades filantrópicas sem fins lucrativos (BRÍGIDA, 2012). Essas organizações representam 21,5% do total do setor hospitalar nacional e 34% do total dos hospitais da região sul, conforme dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS, 2015).

Dada a relevância do segmento, os resultados desta pesquisa poderão servir para os gestores das organizações hospitalares estudadas identificarem os mecanismos e instrumentos de desenvolvimento de suas capacidades dinâmicas, em termos de absorção do conhecimento e inovação. Esse entendimento poderá contribuir com essas organizações, proporcionando aos gestores a busca por resultados, mediante o conhecimento de seus elementos e mecanismo e modificando-os de acordo com as mudanças do ambiente, em busca de vantagem competitiva sustentável.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo constitui-se da fundamentação teórica utilizada para realização desta pesquisa. Inicialmente são apresentadas as principais correntes teóricas da vantagem competitiva do ponto de vista da estratégia e uma breve revisão dos principais conceitos da RBV. A seguir é abordada a teoria das capacidades dinâmicas, referencial central deste estudo, e, para tanto, são apresentados o dinamismo do ambiente e os elementos componentes das capacidades dinâmicas: capacidade de absorção e inovação. Os elementos e mecanismos de desenvolvimento de capacidades dinâmicas são tratados na sequência. E, por fim, apresenta-se o modelo conceitual da pesquisa baseado no recorte dos constructos estudados.

2.1 VANTAGEM COMPETITIVA

A literatura acerca da vantagem competitiva é bastante ampla. Nesse sentido, o estudo segue a perspectiva da teoria da estratégia (VASCONCELOS; CYRINO, 2000), cujos autores abordam as quatro principais correntes que tratam do fenômeno das organizações para obterem vantagem competitiva por meio das teorias de estratégia empresarial, dividindo a questão em dois eixos principais.

O primeiro eixo refere-se à origem da vantagem competitiva, que pode ser externa, derivada da estrutura da indústria, da dinâmica da concorrência e do mercado; e interna, referente à *performance* superior com base nos recursos internos da organização. O segundo eixo aborda a vantagem competitiva segundo premissas quanto à concorrência, com base no equilíbrio econômico, teoria essencialmente estática ou aspectos dinâmicos e mutáveis, caracterizado por inovação, de continuidade e desequilíbrio acentuados (VASCONCELOS; CYRINO, 2000). A Figura 1 sintetiza as teorias explicativas da vantagem competitiva abordada pelos autores.

Figura 1 – Correntes explicativas da vantagem competitiva

A vantagem competitiva explica-se por fatores externos (mercados, estrutura da indústria)	1. Análise estrutural da Indústria Organização industrial: Modelo SCP Análise de Posicionamento (Porter)	3. Processos de mercado Escola Austríaca (Hayek, Schumpeter)
A vantagem competitiva explica-se por fatores internos específicos à firma	2. Recursos e competências Teoria dos Recursos	4. Capacidades dinâmicas Teoria das Capacidades Dinâmicas
	Estrutura da indústria Estática: equilíbrio e estrutura	Processos de Mercado (<i>Market Process</i>) Dinâmica: mudança e incerteza

Fonte: Vasconcelos e Cyrino (2000, p. 23).

No primeiro quadrante encontra-se a corrente teórica dominante, referente à estrutura da indústria, baseada no paradigma SCP (*Structure-Conduct-Performance*) dos estudos de Edward Mason e Joe Bain, que deram início aos primeiros trabalhos de vantagem competitiva. Nesse contexto, o comportamento da firma é definido, segundo Porter (1980), pela estrutura da indústria e seu desempenho é resultado do comportamento concorrencial de fixação de preços e custos. O autor considera que a essência da formulação da estratégia competitiva está em relacionar a empresa ao seu ambiente.

Nessa perspectiva, o estado de competição de uma indústria depende de cinco forças básicas no seu ambiente, que determinam sua rentabilidade: a) ameaça de novos entrantes; b) nível de rivalidade entre empresas concorrentes; c) ameaça de produtos ou serviços substitutos; d) poder de barganha dos compradores; e e) poder de barganha dos fornecedores. (PORTER, 1980).

Para lidar com essas forças competitivas, o autor define três estratégias genéricas: a) liderança em custos, com objetivo de que a empresa tenha o produto de menor custo em seu segmento; b) diferenciação, desenvolvendo produtos ou serviços que a diferencia de seus concorrentes e; c) foco, no qual a empresa procura atender segmentos de mercados estreitos, ou seja, visa atender um segmento específico do mercado. Cada uma dessas estratégias define uma direção para alcançar vantagem competitiva, e as empresas apresentam melhor desempenho quando conseguem aplicar uma das estratégias genéricas (PORTER, 1985).

A segunda dimensão foca na busca de vantagem competitiva pautada em concorrência e equilíbrio econômico, concentrando-se na dinâmica da empresa e dos mercados, dando ênfase aos processos de mudança e inovação, diferentemente da estrutura da indústria. Essa

teoria, conforme apresentado no segundo quadrante da Figura 1, tem origem na Escola Austríaca de economia. Schumpeter (1982), principal teórico dessa abordagem, afirma que o desenvolvimento econômico ocorre quando as empresas desenvolvem inovações perturbando o equilíbrio de forças competitivas dominantes anteriormente. Essas inovações ocorrem por meio da renovação constante de produtos, processos e formas organizacionais, que impedem uma posição de equilíbrio no mercado, o qual o autor denomina de “destruição criadora”.

O terceiro quadrante, na dimensão da origem da vantagem competitiva, focado na análise interna da organização, surge na década de 1980, em oposição à estrutura da indústria, dominante na época (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997; GRANT, 1991). Pela teoria dos recursos, a vantagem competitiva encontra-se nos recursos específicos da empresa, idiossincráticos e difíceis de serem imitados e não conforme sua posição de produtos e mercados (TEECE, PISANO, SHUEN, 1997).

No quarto e último quadrante da Figura 1, dentro da dimensão dinâmica da empresa, estão as capacidades dinâmicas, posicionando-se como intermediárias entre os processos de mercado e a teoria baseada em recursos, buscando a formulação de uma teoria da formação de competências organizacionais em ambientes de alta complexidade e mudança constante, ou seja, em ambientes altamente dinâmicos (VASCONCELOS; CYRINO, 2000).

Teece, Pisano e Schuen (1997) identificam a teoria das capacidades dinâmicas e referem-se a ela como paradigma emergente que explora aspectos internos e externos das organizações para lidar com mudanças do ambiente como fonte de vantagem competitiva. Para Eisenhardt e Martin (2000), as capacidades dinâmicas explicam por que certas empresas têm vantagem competitiva em situações de mudanças rápidas e imprevisíveis, fato não explicado pela RBV.

O último paradigma refere-se à teoria norteadora desta pesquisa, buscando explicar uma fonte de vantagem competitiva para as organizações por meio das capacidades dinâmicas que serão detalhadas no decorrer deste estudo. Porém, primeiramente, serão apresentados alguns conceitos sobre a RBV, visto que esta teoria deu origem às capacidades dinâmicas.

2.2 VISÃO BASEADA EM RECURSOS (RBV)

As primeiras abordagens da RBV iniciaram com os estudos de Penrose em sua obra *The theory of the growth of the firm* em 1959. Na perspectiva de Penrose (1959), a firma é um conjunto de recursos em uma estrutura administrativa direcionada para a produção que

fornece bens e serviços para venda no mercado e geração de lucro. Os principais recursos, definidos pela autora, podem ser físicos e humanos.

Barney (1991), nessa perspectiva, acrescenta uma terceira categoria aos recursos, classificando-os em recursos de capital físico, humano e organizacional. Recursos de capital físico referem-se à tecnologia física que a empresa utiliza, como equipamentos, fábrica, localização geográfica, acesso às matérias-primas e outros. Os recursos de capital humano referem-se a treinamento, experiência, inteligência, juízo e relações entre os indivíduos que pertencem à empresa. Os recursos de capital organizacional incluem a estrutura de relatório formal, planejamento formal e informal, sistemas de controles e coordenação e as relações informais entre os grupos.

Wernerfelt (1984) classifica recursos como tudo que uma empresa possui que possa ser traduzido em uma força ou uma fraqueza. O autor também destaca a importância das empresas realizarem análise não somente do ponto de vista de seus produtos, mas, principalmente, do ponto de vista de seus recursos. Esses recursos não são apenas físicos ou financeiros, mas podem ser intangíveis ou invisíveis (HALL, 1992).

Para Grant (1991, p. 133), “Os recursos e capacidade de uma empresa são as considerações centrais para formular sua estratégia”. Nesse aspecto, o autor explica que a chave para formulação da estratégia com base na RBV ocorre por meio do entendimento da relação entre recursos, capacidades, vantagem competitiva e lucratividade.

O modelo da RBV, segundo Barney (1991), substitui os pressupostos da análise das fontes de vantagem competitiva. Primeiramente, assume que empresas dentro de um setor podem ser heterogêneas quanto aos recursos estratégicos controlados por elas. Em segundo lugar, que esses recursos não são perfeitamente móveis entre as empresas e, portanto, a heterogeneidade pode ser duradoura.

Nessa lógica, o autor destaca que uma empresa obtém vantagem competitiva quando implementa uma estratégia criadora de valor, não praticada simultaneamente por nenhum concorrente atual ou potencial. Essa vantagem competitiva se torna sustentada quando outras empresas também não conseguem replicar os benefícios da estratégia. Dessa forma, Barney (1991) apresenta quatro atributos que os recursos de uma empresa devem possuir para sustentar a vantagem competitiva:

- a) Valiosos: quando permite à empresa explorar oportunidades e/ou neutraliza ameaças de seu ambiente;

- b) Raros: um recurso deve ser raro entre concorrência atual e potencial da empresa, ou seja, quando a estratégia de criação de valor que a empresa está implementando não seja implementada simultaneamente por outras organizações;
- c) Imperfeitamente imitável: os recursos se constituirão em fonte de vantagem competitiva sustentável se as empresas concorrentes, que não os possuem, não consigam obtê-los;
- d) Não substituíveis: não devem existir outros recursos substitutos aos que a empresa possui.

Posteriormente, com a evolução deste modelo, Barney (1996) incluiu a questão da organização, além dos atributos apresentados, surgindo, assim, o modelo VRIO. Esse modelo considera que somente recursos valiosos, raros, imperfeitamente imitáveis e que estejam alinhados com a estratégia da organização, e esta apta a explorá-los, podem ser fontes de vantagem competitiva sustentável e atingir lucro acima da média do mercado. Dessa forma, nota-se que nem todos os recursos constituem fonte de vantagem competitiva sustentável.

Contudo, de acordo com Teece, Pisano e Shuen (1997), Einserhardt e Martins (2000) e Priem e Butler (2001), a RBV não consegue explicar a vantagem competitiva em ambientes altamente dinâmicos, marcados por mudanças rápidas e imprevistas. Einsenhardt e Martins (2000) sugerem, ainda, uma aplicação limitante da RBV por ser uma teoria estática e negligenciar a influência do dinamismo de mercado. Nesse sentido, Teece, Pisano e Shuen (1997) apresentam a perspectiva das capacidades dinâmicas que emerge a partir da RBV.

As capacidades dinâmicas diferenciam-se da RBV em dois aspectos: com relação ao dinamismo de mercado e com relação ao gerenciamento estratégico, encontrado na adaptação, integração e reconfiguração de suas capacidades para renovar o ambiente em que a empresa está inserida (TEECE, 2007).

2.3 CAPACIDADES DINÂMICAS

Uma das formas das empresas obterem vantagem competitiva e a manterem ao longo do tempo é por meio das capacidades dinâmicas (TEECE, 2007). Essa abordagem vem ganhando destaque em pesquisas no campo da Administração, desde sua abordagem inicial por Teece, Pisano e Shuen (1997). Os autores enfatizam que os elementos, presentes nas capacidades dinâmicas, poderiam ser encontrados nas análises de Schumpeter (1942), Penrose (1959), Nelson e Winter (1982), Prahalad e Hamel (1990), Teece (1976, 1986a, 1986b, 1988) e em Hayes, Wheelwright e Clark (1988). Embora não se referiram diretamente ao termo, eles

utilizam abordagens de desenvolvimento de capacidades gerenciais, combinação de habilidades organizacionais, funcionais e tecnológicas difíceis de ser imitadas, integrar e fundamentar pesquisas e desenvolvimento para produtos e processos e transferência de tecnologia, produção, recursos humanos e aprendizado organizacional.

Para Prahalad e Hamel (1990), as empresas são conjuntos de competências e capacidades. Nesse sentido, definem o termo competência como a capacidade de misturar, combinar e integrar recursos em produtos e serviços. Os autores também classificam as competências entre essenciais e organizacionais: as essenciais são difíceis de ser copiadas, oferecem benefícios reais e acesso a novos mercados; as organizacionais são todas as competências da empresa. No entanto, uma competência não é uma capacidade dinâmica (TEECE, 2007).

Nesse aspecto, Teece (2007) distingue recursos e competências de capacidades dinâmicas, sendo que ambos se referem às capacidades operacionais da empresa para realizar suas atividades-fim. As capacidades dinâmicas, por sua vez, referem-se a atividades de alto nível, na direção de detectar, aproveitar as oportunidades, combinar e reconfigurar os ativos, visando atender às mudanças e necessidades dos clientes, sustentar e ampliar o negócio, construindo valor em longo prazo aos investidores. Dessa forma, se a empresa apresenta apenas recursos e competências, pode obter vantagem competitiva, porém ela pode ser de curto prazo, sendo que, para sustentá-la, é necessário que tais capacidades sejam dinâmicas.

A teoria das capacidades dinâmicas pode ser considerada uma extensão da RBV. Isso se deve ao fato dela ser mais estática e abordar a vantagem competitiva por meio de recursos internos da empresa, enquanto que a teoria das capacidades dinâmicas aborda como as empresas obtêm vantagem competitiva em ambientes dinâmicos, em constante mudança, não abrangidos pela RBV (TEECE; PISANO, 1994; TEECE; PISANO; SCHUEN, 1997; EISENHARDT; MARTIN, 2000; HELTAT, 1997; AMBROSINI; BOWMAN, 2009).

Teece e Pisano (1994) conceituam a formação do termo “capacidade dinâmica”, em que “dinâmico” refere-se à capacidade de renovar as competências para alinhar-se com o ambiente competitivo em rápidas mudanças, com elevado ritmo de inovação, mudanças tecnológicas e da futura concorrência do mercado cuja natureza é difícil de determinar. O termo “capacidades” enfatiza o papel fundamental da administração estratégica de adaptar, integrar e reconfigurar competências, recursos funcionais e habilidades organizacionais internas e externas frente às mudanças do ambiente.

Teece, Pisano e Shuen (1997), nesse sentido, definem capacidades dinâmicas como a habilidade da empresa de integrar, construir e reconfigurar as competências internas e

externas em busca de dar resposta rápida frente às mudanças ambientais para obter vantagem competitiva. Os autores classificam as capacidades dinâmicas em três categorias: processos, posições e trajetórias, sendo que “a vantagem competitiva reside nos processos gerenciais e organizacionais da empresa, moldados pela posição de seus ativos (específicos) e pelas trajetórias e opções disponíveis para estes ativos” (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997, p. 518).

Os processos, de acordo com os autores, são relativos às rotinas da organização, seus padrões, práticas e aprendizagem. A posição, por sua vez, refere-se às tecnologias específicas da empresa, tais como patentes, propriedade intelectual, ativos complementares, relações com clientes, fornecedores. No que tange às trajetórias, relacionam-se às estratégias disponíveis para a empresa, as escolhas estratégicas percorridas pela organização e a presença ou ausência de retorno referente a tais estratégias.

Em uma visão diferente, Eisenhardt e Martin (2000) observam que as capacidades dinâmicas por si só podem ser uma fonte de vantagem competitiva, porém não sustentável, visto que podem ser diferentes em seus detalhes, mas possuem características comuns e podem ser substituíveis. Nesse sentido, os autores conceituam capacidades dinâmicas como processos empresariais que utilizam recursos, definidas como “as rotinas organizacionais e estratégicas pelas quais as empresas alcançam novas configurações de recursos como mercados que emergem, colidem, dividem, evoluem e morrem” (EISENHARDT; MARTIN, 2000, p. 1107).

Eisenhardt e Martin (2000) destacam, ainda, as implicações dos efeitos do dinamismo do ambiente nas capacidades dinâmicas, inclusive quanto à sustentabilidade das próprias capacidades. Ou seja, em ambientes moderadamente dinâmicos, as capacidades dinâmicas assemelham-se a concepções tradicionais de rotinas, são complicadas, previsíveis, processos analíticos que dependem do conhecimento existente, execução linear e evolução lenta ao longo do tempo. Em mercados altamente dinâmicos, entretanto, as capacidades dinâmicas são simples, experimentais e interativas e dependem do conhecimento de cada situação. Nesses mercados a ameaça à vantagem competitiva vem não somente do ambiente externo, mas também do ambiente interno, tornando-se ameaça ao potencial das capacidades dinâmicas.

Nessa perspectiva, Zollo e Winter (2002) entendem que as empresas podem reconfigurar suas capacidades também em ambientes estáveis, não apenas nos ambientes dinâmicos. Definem, portanto, capacidades dinâmicas como um padrão estável de atividades aprendidas, por meio do qual a organização gera e altera suas rotinas em busca de eficiência. Dessa forma, na concepção dos autores, as capacidades dinâmicas têm origem nos mecanismos de aprendizagem e foco na eficiência.

Nessa lógica, Zahra, Sapiena e Davidsson (2006) sustentam que um ambiente dinâmico não é um componente necessário para as capacidades dinâmicas, porém elas podem ter mais valor em ambientes altamente dinâmicos.

Wang e Ahmed (2007), por sua vez, definem capacidades dinâmicas como a orientação comportamental, que determinada empresa tem de integrar, reconfigurar, renovar e recriar seus recursos e capacidades constantemente, assim como atualizar-se e reconstruir suas capacidades centrais em resposta à mudança do ambiente para alcançar e sustentar uma vantagem competitiva. Esses autores sustentam que capacidades dinâmicas são capacidades organizacionais finais favoráveis ao desempenho em longo prazo, ao invés de simplesmente um conjunto de recursos ou processos. Trata-se de algo que está embutido nos processos.

Para melhor entendimento da teoria das capacidades dinâmicas, o Quadro 1 apresenta as diferentes abordagens mencionadas, bem como os conceitos de outros autores que corroboram essa teoria.

Quadro 1 – Principais definições de capacidades dinâmicas

Autores	Definição
Teece & Pisano (1994)	Subconjunto de competências internas e externas que permitem à empresa criar novos produtos, processos e responder as condições de mercado em constante mudança.
Teece, Pisano e Shuen (1997)	Habilidade da empresa para integrar, construir e reconfigurar competências interna e externas para lidar com ambientes que mudam rapidamente, visando obter vantagem competitiva.
Helfat (1997)	Subconjunto de competências/capacidades que permitem a empresa criar novos produtos e processos e responder às demandas nas condições de mercado.
Eisenhardt & Martin (2000)	Processos da empresa que usam recursos para corresponder ou criar mudanças de mercado. Capacidades dinâmicas são, portanto, rotinas organizacionais e estratégicas por meio das quais as empresas conseguem novas configurações de recursos, como mercados emergem, colidem, dividem, evoluem e morrem.
Teece (2000)	Capacidade de sentir e aproveitar as oportunidades de forma rápida e eficiente.
Zollo & Winter (2002)	Padrão aprendido e estável de atividade coletiva por meio do qual a organização sistematicamente gera e modifica suas rotinas operacionais em busca de maior eficácia.
Winter (2003)	São aquelas capacidades que operam visando ampliar, modificar ou criar capacidades em comum.
Zott (2003)	Conjunto de rotinas que norteiam a evolução da configuração de recursos de uma empresa.
Zahra, Sapienza & Davidsson (2006)	Habilidades para reconfigurar os recursos e rotinas de uma empresa e a maneira como as rotinas são previstas e consideradas pelo seu principal tomador de decisões
Andreeva & Chaika (2006)	Habilitam a organização a renovar suas competências chave conforme ocorrem mudanças no ambiente operacional.
Helfat <i>et al.</i> (2007)	Capacidade de uma organização para criar, propositadamente, ampliar ou modificar sua base de recursos.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Ambrosini e Bowman (2009), Barreto (2010) e Camargo e Meirelles (2012).

(Continua)

Autores	Definição
Wang & Ahmed (2007)	Orientação comportamental que uma empresa constantemente tem para integrar, reconfigurar, renovar e recriar seus recursos e capacidades e melhorar e reconstruir as capacidades chave em resposta às mutações do ambiente para alcançar e sustentar a vantagem competitiva.
Teece (2007)	Competências para sentir e formar oportunidades e ameaças; competência para aproveitar as oportunidades; competência para manter a competitividade, através da melhor combinação, proteção e reconfiguração dos ativos tangíveis e intangíveis da empresa.
Barreto (2010)	Potencial da empresa para resolver problemas de forma sistemática, formada por sua propensão de sentir oportunidades e ameaças, tomar decisões oportunas e orientadas para o mercado, e mudar sua base de recursos.
Camargo e Meirelles (2012)	Capacidade que é baseada em uma atitude deliberada e recorrente, composta por processos combinatórios de capacidades que permitem criar, estender, modificar ou reconfigurar as capacidades chaves da organização e sua base de recursos e competências.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Ambrosini e Bowman (2009), Barreto (2010) e Camargo e Meirelles (2012).

Percebe-se, conforme exposto, que podem ser encontradas diversas definições diferentes na literatura de capacidades dinâmicas, e essas opiniões divergem principalmente com relação à natureza e ao contexto em que se desenvolvem.

Com relação ao contexto do ambiente, para alguns autores, como Teece, Pisano e Shuen (1997), Teece (2007), Wang e Ahmed (2007), as capacidades dinâmicas se desenvolvem apenas em ambientes dinâmicos. Já na opinião de outros autores, como Eisenhardt e Martin (2000), Zollo e Winter (2002) e Zahra, Sapiena e Davidsson (2006) essas capacidades podem se desenvolver também em ambientes mais estáveis, não se constituindo o dinamismo uma condição necessária para o seu desenvolvimento.

Quanto à natureza, as capacidades dinâmicas podem se desenvolver por meio de rotinas e processos (TEECE, PISANO e SHUEN, 1997; EISENHARDT e MARTIN, 2000; ZOLLO e WINTER, 2002). Enquanto, na opinião de Andreeva e Chaika (2006) e Wang e Ahmed (2007), esse processo ocorre por meio de comportamento, habilidades e capacidades organizacionais.

Com base nas várias definições de capacidades dinâmicas, podem ser identificadas duas linhas de abordagem: conjunto de habilidades, comportamentos e capacidades organizacionais e conjunto de processos e rotinas (CAMARGO; MEIRELLES, 2012).

Teece (2007) propõe três capacidades que fazem parte das capacidades dinâmicas, as quais o autor identifica como microfundamentos: (i) capacidade de detectar oportunidades e ameaças; (ii) capacidade de aproveitar as oportunidades; (iii) capacidade de gerenciar as ameaças e oportunidades através da reconfiguração dos ativos tangíveis e intangíveis .

A capacidade de detectar oportunidades (i) está relacionada às capacidades de sentir, criar, aprender, interpretar o ambiente para identificar novas oportunidades, que, por sua vez, relaciona-se aos seguintes processos: processos para dirigir atividades internas de pesquisa e desenvolvimento; processo de explorar fornecedores para inovações complementares; processos para explorar e desenvolver ciência e tecnologia externamente; processos para identificar as mudanças, necessidades e inovações do cliente, no segmento de mercado alvo (TEECE, 2007).

Para Teece (2007), a capacidade de aproveitar as oportunidades (ii) refere-se ao processo decisório da empresa em transformar as oportunidades detectadas em produto, processo ou serviço. Essa capacidade é dividida em quatro componentes: delineamento do modelo de negócio, gerando soluções ao consumidor; seleção de protocolos de decisão, buscando reconhecer as complementaridades, a fim de evitar erros de decisão; seleção dos limites da empresa para gerenciar complementos e plataformas de controle; e construção de fidelidade e comprometimento através da liderança, comunicação efetiva, reconhecimento de fatores econômicos, valores e cultura.

A capacidade de gerenciar as ameaças e oportunidades (iii), segundo Teece (2007), refere-se ao alinhamento e realinhamento dos ativos intangíveis, para garantir o sucesso da empresa e permitir aprendizado, geração do conhecimento, pelos seguintes fatores: descentralização; governança; coespecialização e gestão do conhecimento.

Com base em uma análise de estudos teóricos e empíricos no contexto da teoria de capacidades dinâmicas existentes, Wang e Ahmed (2007) formularam três principais componentes de características semelhantes das capacidades dinâmicas encontradas de forma isolada nos estudos analisados. Os autores constituem uma proposta para estudar esses componentes de forma integrada, que se caracterizam como capacidade de adaptação, capacidade de absorção e capacidade de inovação.

Na concepção dos autores, a capacidade de adaptação, absorção e inovação são consideradas como componentes mais importantes de capacidades dinâmicas que servem para integrar, reconfigurar, renovar e recriar seus recursos e capacidades alinhadas com as mudanças externas. Cada um desses fatores tem ênfase em algum aspecto especial.

A capacidade adaptativa é a habilidade da empresa em adaptar-se, em tempo hábil, através da flexibilidade e do alinhamento de recursos com capacidades e mudanças ambientais, com foco em alinhar fatores organizacionais internos com ambientais externos. A capacidade absorptiva foca na captação de conhecimento externo, combinando com o interno e absorvendo-o para uso interno. Por fim, a capacidade de inovação une a inovação inerente à

empresa, baseando-se nas vantagens do mercado em termos de novos produtos e/ou mercados (WANG; AHMED, 2007).

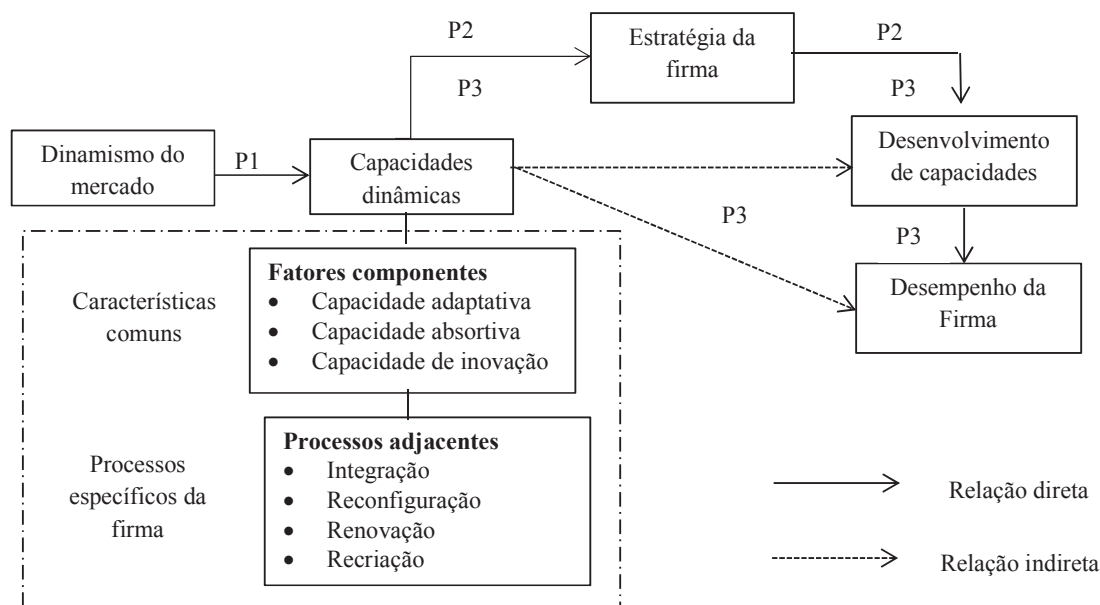
Evoluindo com relação aos elementos componentes das capacidades dinâmicas, Camargo e Meirelles (2012) propõem que elas mesmas são desenvolvidas por meio de comportamentos e habilidades de mudança e inovação, processos e rotinas de busca e inovação e mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento para dar suporte à existência de capacidades dinâmicas.

Os elementos componentes das capacidades dinâmicas serão melhor discutidos nas próximas sessões, visto que fazem parte do modelo utilizado nesta pesquisa. Primeiramente é importante entender o modelo de pesquisa proposto por Wang e Ahmed, pois constitui a base deste estudo.

2.3.1 Modelo de análise de capacidades dinâmicas

Com intuito de integrar os elementos componentes das capacidades dinâmicas, encontrados isoladamente em pesquisas existentes, Wang e Ahmed (2007) definem seu próprio conceito de capacidades dinâmicas e seus principais componentes, por meio de um *framework* para estudos futuros, que permite estudar também seus antecedentes e consequências. Este modelo é ilustrado na Figura 2.

Figura 2 – Um modelo de pesquisa de capacidades dinâmicas



Fonte: Wang e Ahmed (2007, p. 39).

O diferencial deste modelo é que a maior parte dos estudos empíricos em capacidades dinâmicas – principalmente em se tratando de estudos de casos – não engloba o dinamismo do mercado, mas se centraram em fatores que causam mudanças no mercado. O dinamismo de mercado é um antecedente para as capacidades dinâmicas, visto que precisam acompanhar as mudanças do ambiente em que estão inseridas (WANG; AHMED, 2007). Este item será melhor abordado em uma seção à parte, visto que fará parte da aplicação do presente estudo.

O modelo de Wang e Ahmed (2007), conforme Figura 2, é baseado em três proposições:

- a) Proposição 1: o dinamismo de mercado é um antecedente das capacidades dinâmicas das empresas, ou seja, quanto mais dinâmico é um ambiente de mercado, mais forte será o direcionamento para que as empresas apresentem capacidades dinâmicas, em função das mudanças externas do ambiente.
- b) Proposição 2: quanto maior a demonstração de capacidades dinâmicas a empresa apresenta, maior a probabilidade de construção de capacidades particulares ao longo do tempo, visto que o foco no desenvolvimento de capacidades específicas é ditado pela estratégia de negócios global da empresa.
- c) Proposição 3: capacidades dinâmicas são condutoras do desempenho em longo prazo, porém se trata de uma relação indireta mediada pelo desenvolvimento de capacidades, que, por sua vez, são mediadas pela estratégia da empresa. Dessa forma, as capacidades dinâmicas são mais propensas a conduzir a um melhor desempenho quando a empresa desenvolve capacidades específicas em conformidade com a escolha estratégica da empresa.

Para utilização do modelo proposto, conforme Figura 2, os autores ressaltam duas principais premissas: primeiro as capacidades dinâmicas são construídas, frequentemente, durante um longo período de tempo e, dessa forma, o modelo não pode ser aplicado para empresas com orientação de curto prazo; segundo, o modelo considera o crescimento das empresas de modo tradicional, através do acúmulo e desenvolvimento interno de recursos e capacidades. Algumas empresas buscam recursos externos em vez de desenvolvê-los internamente, em casos de estratégias de expansão por meio de fusões e aquisições.

Além disso, os autores sugerem a aplicação do *framework* representado na Figura 2, em outras pesquisas, tanto qualitativas quanto quantitativas, para facilitar a comparação e o cruzamento dos resultados e aumentar o poder coletivo dos resultados da investigação.

Nesse sentido, Biedenbach e Muller (2012) utilizaram a ideia do modelo de pesquisa desenvolvido e sugerido por Wang e Ahmed (2007), em um estudo qualitativo e quantitativo

em empresas de biotecnologia e farmacêuticas, a fim de verificar como as capacidades de adaptação, absorção e inovação afetam o desempenho e portfólio dos projetos.

Primeiramente, para entender melhor a temática e os elementos que compõem cada uma das capacidades, os autores realizaram uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa com 18 entrevistas aplicadas em empresas do segmento. Depois, aplicaram a pesquisa quantitativa, por meio de 387 questionários. Como resultados da pesquisa, os autores mostram que as capacidades de absorção, inovação e adaptação contribuem para o desempenho dos projetos e do portfólio.

É importante compreender os elementos que fazem parte dessa pesquisa com relação ao constructo de Wang e Ahmed (2007). Dessa forma, na sequência será abordado o dinamismo do ambiente, bem como a capacidade absorptiva e de inovação; a capacidade adaptativa, no entanto, não será apresentada, por não fazer parte do objeto deste estudo.

2.3.1.1 Dinamismo do ambiente

Na literatura são encontrados estudos sobre o ambiente no qual as organizações estão inseridas, seguindo diferentes enfoques e perspectivas, buscando explicar como os fatores externos influenciam internamente nas organizações. Diferentes condições externas podem exigir diversas características organizacionais e diversos padrões de comportamento internos da organização (LAWRENCE; LORSCH, 1973). Lawrence e Lorsch (1967) foram os primeiros a evidenciar percepção dos gestores sobre o ambiente, identificando, por meio de uma pesquisa empírica, que o ambiente externo influencia na forma como as estruturas organizacionais são desenvolvidas.

Duncan (1972) caracteriza o ambiente em duas dimensões – simples-complexo e estático-dinâmico, as quais conduzem ao grau de incerteza no processo decisório. O autor comprovou a dimensão do dinamismo, pois os gestores percebem que ambientes caracterizados por grande grau de incerteza normalmente estão associados a um grande dinamismo. Dessa forma, organizações que atuam em ambientes dinâmicos sempre apresentam maior incerteza na tomada de decisão, independentemente da complexidade do mesmo.

Na mesma linha, Dess e Beard (1984) identificaram três dimensões que fazem parte do ambiente de tarefas das organizações: a munificência, o dinamismo e a complexidade. A partir dessa definição, foram realizadas outras pesquisas considerando essas dimensões do

ambiente, como os trabalhos de Lumpkin e Dess (2001); Porto *et al.* (2009), Barrales-Molina; Benitez-Amado e Perez- Arostegui (2010); Carvalho e Rossetto (2012) e Chen *et al.* (2015).

A munificência refere-se à escassez e intensidade na competição por recursos externos que podem apoiar o crescimento organizacional (DESS; BEARD, 1984). A complexidade está associada ao número de fatores que devem ser considerados pelos gestores na tomada de decisão e se eles são semelhantes ou diferentes entre si (DUNCAN, 1972), ou seja, refere-se à heterogeneidade e abrangência de fatores para tomada de decisão (DESS; BEARD, 1984). Por fim, o dinamismo, dimensão abordada neste estudo, é definido por Dess e Beard (1984) como mudanças difíceis de prever, as quais aumentam a incerteza dos membros da organização.

Para Miller (1987) o dinamismo é composto pelas seguintes variáveis: oportunidades de crescimento; mudanças tecnológicas de produção e/ou serviços; taxa de inovação em produtos, serviços e processos; e investimento em pesquisa e desenvolvimento no segmento. Lumpkin e Dess (2001) consideram o dinamismo como a taxa de mudanças imprevistas nas organizações.

Davis, Eisenhardt e Bingham (2009) estabeleceram um constructo considerando que fazem parte do dinamismo do ambiente as dimensões de velocidade, complexidade, ambiguidade e imprevisibilidade. Para os autores, a velocidade refere-se à taxa com que surgem novas oportunidades, e a complexidade é o número de recursos utilizados para captar e executar corretamente as oportunidades. Quanto à ambiguidade, foi definida como a falta de clareza para interpretar ou distinguir oportunidades. Por fim, a imprevisibilidade diz respeito à quantidade de desordem ou turbulência no fluxo das oportunidades (DAVIS, EISENHARDT E BINGHAM, 2009).

Ambrosini, Bowman e Collie (2009) argumentam que os gestores devem basear-se nas percepções do dinamismo do ambiente para tomar suas decisões. Assim, os autores expressam que tanto os ambientes internos quanto externos influenciam no desenvolvimento e implantação das capacidades dinâmicas.

O dinamismo do ambiente e/ou mercado é considerado um antecedente para a empresa desenvolver capacidades dinâmicas (WANG; AHMED, 2007) e para sua evolução (EISENHARDT; MARTIN, 2000). Esse fato é comprovado por meio da realização de um estudo empírico, realizado por Barrales-Molina; Benitez-Amado; Perez-Arostegui (2010), com amostra de 200 empresas espanholas. Os autores evidenciam que os gestores, quando percebem o ambiente mais estável, não tendem a dedicar-se à geração de capacidades dinâmicas. No entanto, quando a percepção é um ambiente com alto grau de dinamismo e

complexidade, os gestores promovem a geração de capacidades dinâmicas por meio do desenvolvimento de mecanismos de aprendizagem.

O dinamismo do ambiente é baseado no ritmo das mudanças nos elementos que compõem este ambiente (CARVALHO; ROSSETTO, 2014). Na visão de Wang e Ahmed (2007), vários fatores podem provocar um ambiente de mercado dinâmico, entre eles inovação tecnológica do setor, mudanças regulatórias, mudança do ciclo econômico e da natureza competitiva de determinado setor. Neste estudo, entende-se que esses fatores são os elementos do ambiente. Os autores ainda argumentam sobre a necessidade de realizar um exame sistemático da influência do dinamismo do mercado nas capacidades dinâmicas de uma empresa.

Carvalho e Rossetto (2014), em seu estudo, estabeleceram indicadores para mensuração do dinamismo do ambiente, considerando a mudança dos últimos três anos: mudanças nas condições econômicas do mercado; mudanças nas necessidades dos consumidores potenciais; mudanças na atuação dos concorrentes; mudanças na atuação dos parceiros e fornecedores; mudanças da regulamentação do setor; mudanças tecnológicas; mudanças nos aspectos sociais e culturais que influenciam o mercado estudado. Na dimensão do dinamismo, os autores não validaram apenas o indicador de mudanças econômicas.

Para fins dessa pesquisa, para análise do dinamismo do ambiente hospitalar, adotou-se os fatores definidos por Wang e Ahmed (2007). Cada um dos elementos que faz parte do ambiente será detalhado na sequência.

a) Mudanças no ciclo econômico

As mudanças no ciclo econômico referem-se às alterações no estado da economia, no qual a organização opera, atuando como limitações importantes, visto que melhoram e pioram de acordo com a reação da organização a determinadas situações (HALL, 2004).

Para Churchill e Peter (2012), o ambiente econômico inclui ciclos de negócios, padrões de gastos e questões relacionadas à renda do consumidor. O padrão de gastos, para os autores, está conectado ao ciclo de negócios ou ao padrão do nível de atividade econômica, que passam pelas etapas de prosperidade, recessão e recuperação.

b) Inovações tecnológicas

As organizações que operam em ambiente tecnológico incerto e dinâmico apresentam estruturas e processos internos diferentes daquelas que operam em ambientes mais estáveis (HALL, 2004). Para os autores o grau que as organizações precisam desenvolvem

mecanismos para se adaptar as mudanças tecnológicas variam entre as organizações, visto que suas mudanças no ambiente tecnológico não são constantes.

O dinamismo tecnológico do ambiente está ligado à imprevisibilidade dos resultados, pois não há uma fórmula clara de quando as inovações tecnológicas daquele segmento ocorrerão (WANG; CHEN, 2010). Nesse sentido, as empresas que enfrentam contextos tecnológicos dinâmicos devem explorar novos domínios de conhecimento buscando inovações que partem de tecnologias e mercados existentes (JANSEN, VAN DEN BOSCH, VOLBERDA, 2005; LAVIE; STETTNER; TUSHMAN, 2010).

Para Churchill e Peter (2012), as mudanças tecnológicas referem-se ao desenvolvimento tecnológico que pode afetar o setor no qual a organização está inserida, representando uma oportunidade de melhorar o valor oferecido aos clientes, como também pode se tornar uma ameaça quando essas mudanças não são acompanhadas pela organização.

Ainda na visão dos autores, o ambiente tecnológico é constituído pelo conhecimento científico, pelas pesquisas, invenções e inovações que resultam em novos bens ou serviços, bem como aperfeiçoamento dos já existentes. As organizações também podem criar valor aos seus clientes por meio dessas tecnologias.

c) Mudanças regulatórias

Um ambiente altamente regulado gera inúmeros desafios para as organizações que dele fazem parte (HALL, 2004). As mudanças em leis e regulamentos podem afetar a organização tanto positiva quanto negativamente, podendo ser no âmbito Federal, Estadual ou Municipal (CHURCHILL; PETER, 2012).

Para os autores, as organizações também podem ter autorregulamentações, que ocorrem quando as organizações reconhecem que têm controle sobre suas operações, usando grupos setoriais para definir e aplicar padrões de comportamento ético e tratamento aos clientes.

d) Competitividade

O ambiente competitivo é associado a intensas pressões, maior eficiência e preços mais baixos, levando as organizações a operar com margens apertadas e pouca folga organizacional (MATUSIK; HILL, 1998; ZAHRA, 1996). Em ambientes competitivos, as organizações precisam saber o que os concorrentes estão fazendo, a fim de fazer também no futuro (CHURCHILL; PETER, 2012).

Para Churchill e Peter (2012), a análise do ambiente competitivo refere-se à busca da vantagem competitiva, buscando maior desempenho que os concorrentes, na oferta de algo que o mercado valorize. Neste ambiente, as organizações precisam ficar atentas não somente à concorrência existente, mas também à concorrência potencial, analisando-as tanto em nível local quanto global.

No contexto hospitalar é importante estudar os fatores apresentados, considerando que o ambiente é marcado por intensas mudanças tecnológicas, é regulado por vários órgãos, além de depender de recursos federais e estaduais em um ambiente econômico em constante mudança.

2.3.1.2 Capacidade absorptiva

Capacidade absorptiva é a “habilidade de uma empresa de reconhecer informações externas novas, assimilá-las e aplicá-las com fins comerciais” (COHEN; LEVINTHAL, 1990). Esta capacidade foi introduzida por Cohen e Levinthal em 1989, artigo seminal sobre o tema, que, a partir de então, passou a ser utilizado como constructo na pesquisa acadêmica. Em seu modelo de pesquisa, os autores destacam que a capacidade absorptiva compreende os processos de identificar, assimilar e aplicar o conhecimento do ambiente, destacando também que é dependente da trajetória da empresa, sendo desenvolvida ao longo do tempo.

Para que uma empresa desenvolva capacidade absorptiva é necessário conhecimento prévio antes de utilizar e assimilar novos conhecimentos. Cohen e Levinthal (1990) o caracterizam como um antecedente da capacidade absorptiva. Dessa forma, segundo os autores, a capacidade de absorção organizacional depende da capacidade absorptiva individual de cada membro da empresa.

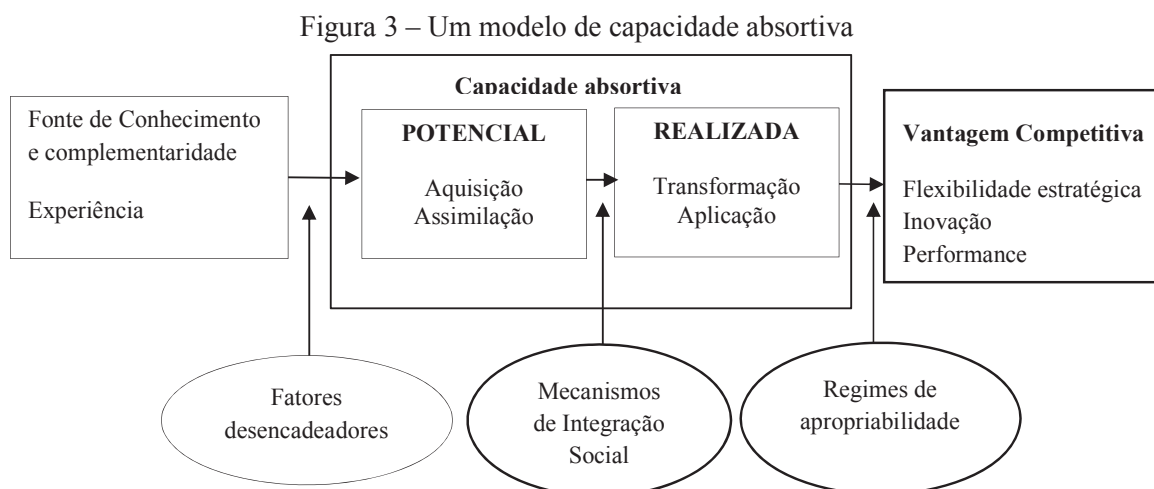
Para Zahra e George (2002), o conhecimento prévio facilita a velocidade dos membros de uma organização em interpretar e avaliar o valor da nova informação externa obtida. Lane, Koka e Pathak (2006) argumentam que o conhecimento prévio é necessário, mas não suficiente para que uma empresa tenha capacidade de absorção.

O conceito de capacidade absorptiva foi ampliado por Zahra e George (2002), que a definem como um conjunto de rotinas e processos organizacionais, por meio dos quais as empresas adquirem, assimilam, transformam e aplicam o conhecimento a fim de produzir uma capacidade dinâmica organizacional. Dessa forma, a capacidade de absorção é originada teoricamente das capacidades dinâmicas (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997; ZOLLO; WINTER, 2002; ZAHRA; GEORGE, 2002; WANG; AHMED, 2007). Zahra e George (2002)

incluem mais uma dimensão no conceito inicial de capacidade de absorção proposto por Cohen e Levinthal (1990), totalizando quatro dimensões: aquisição, assimilação, transformação e aplicação.

Essas quatro dimensões da capacidade absorptiva propostas por Zahra e George (2002) são agrupadas em dois processos, que, embora analisados separadamente, são complementares, permitindo uma análise multidimensional: (i) capacidade de absorptiva potencial (PACAP), compreendendo as dimensões de aquisição e assimilação do conhecimento; (ii) capacidade de absorptiva realizada (RACAP), compreende as dimensões de transformação e aplicação do conhecimento.

Os autores desenvolveram um *framework* das dimensões e capacidades que compõem a capacidade absorptiva, em busca da vantagem competitiva sustentável em mercados dinâmicos, conforme pode ser visualizado na Figura 3.



Fonte: Zahra e George (2002, p.192).

A Figura 3 pode ser explicada, de acordo com Zahra e George (2002), conforme segue:

- a) As fontes de conhecimento externas, complementaridades e experiência influenciam diretamente nas capacidades de aquisição e assimilação do conhecimento que compõe a capacidade de absorção potencial.
- b) Os fatores desencadeadores moderam o impacto das fontes de conhecimento e experiências no desenvolvimento da capacidade de absorção.

- c) Os mecanismos de integração social podem facilitar a partilha e eventual aplicação do conhecimento, também contribuindo para assimilação do mesmo, que pode ocorrer de maneira formal (facilita a distribuição da informação dentro da empresa e a identificação e interpretação de tendências) e informal (utilizado para troca de ideias).
- d) O regime de apropriabilidade modera a relação entre capacidade absorptiva realizada e a vantagem competitiva sustentada.

Os autores abordam a inovação como um indicador de desempenho para as organizações alcançarem a vantagem competitiva e sustentá-la. As empresas que apresentam alto nível de capacidade de absorção são altamente inovadoras (WANG; AHMED, 2007; ZHOU; LI, 2010). Nesse sentido, Woiceshyn e Daellenbach (2005) apontam os principais aspectos da capacidade absorptiva: demonstrar o compromisso de recursos em longo prazo em face das incertezas; aprender com parceiros e com as próprias pesquisas e experiências e desenvolver conhecimento de primeira mão das novas tecnologias; analisar cuidadosamente as novas tecnologias e compartilhar as informações dentro de equipes multidisciplinares; desenvolver e utilizar tecnologias complementares e ter alto nível de conhecimento e competências em áreas relevantes para aplicação de novas tecnologias.

Corroborando os conceitos de capacidade absorptiva de Cohen e Levinthal (1990) e Zahra e George (2002), Lane, Koka e Pathak (2006), através de uma análise dos artigos relacionados ao tema, evoluem buscando conceitos relacionados à aprendizagem organizacional, aprendizagem transformadora e aprendizagem de aplicação. Para os autores, a capacidade absorptiva refere-se à habilidade da organização utilizar conhecimento externo por meio de três processos sequenciais: (i) reconhecer e compreender potencialmente novos e valiosos conhecimentos advindos de fora da empresa, através da aprendizagem exploratória; (ii) assimilar novos conhecimentos valiosos por meio da aprendizagem transformadora; e (iii) utilizar a assimilação do conhecimento visando criar conhecimentos novos, obtendo resultados comerciais através da aprendizagem de aplicação.

Além disso, os autores sugerem que a capacidade absorptiva deve explorar novos contextos, não se limitando apenas ao contexto de Pesquisa e Desenvolvimento. Nesse sentido, este estudo aborda o ambiente hospitalar como um novo contexto em que a capacidade absorptiva pode ser desenvolvida, como um componente das capacidades dinâmicas, abordada por Wang e Ahmed (2007).

Evoluindo com relação à teoria da capacidade absorptiva, Todorova e Durisin (2007) reconceituam as dimensões de George (2002), utilizando o reconhecimento do conhecimento externo como primeira dimensão, assim como Cohen e Levinthal (1990), que é necessário

para a organização adquirir conhecimento. No entanto, os autores argumentam que a dimensão de transformação não é uma fase que se segue à assimilação; portanto, a dimensão de assimilação nem sempre é necessária, pois a informação já é reconhecida e rapidamente transformada. Por outro lado, quando a empresa não tem o conhecimento prévio sobre aquela informação, se faz necessário o processo de assimilação do conhecimento antes de transformá-lo e incorporá-lo. Nesse sentido, os autores conceituam a capacidade absorptiva como a habilidade de uma organização de valorizar, adquirir, assimilar ou transformar.

A partir das quatro dimensões da capacidade absorptiva, com base nos estudos de Zahra e George (2002), foram realizados estudos empíricos, principalmente no sentido de validar instrumentos para mensuração para cada uma das dimensões, visto que não foi realizado na referida pesquisa. Essa validação e definição de escalas de mensuração foram realizadas posteriormente em alguns estudos, como nos de Jansen, Van den Bosch e Volberda (2005), Tu *et al.*, (2006), Veja Jurado, Gutiérrez-Gracia, Fernández-de-Lucio (2008), Fosfuri e Tribó (2008), Murovec e Prodan (2009) e Camisón e Fóres (2010) e Flateen *et al.* (2011).

Neste estudo, a análise da capacidade absorptiva baseia-se nessas dimensões propostas por Zahra e George (2002). Portanto, é necessário melhor compreensão de cada uma das etapas, que serão detalhadas a seguir.

2.3.1.2.1 Aquisição de conhecimento

A aquisição é a primeira etapa do processo de capacidade de absorção potencial proposto por Zahra e George (2002). A aquisição compreende a capacidade da empresa de localizar, identificar, valorizar e adquirir novos conhecimentos externos fundamentais para suas operações (COHEN; LEVINTHAL, 1990; ZAHRA; GEORGE, 2002; LANE; KOKA; PATHAK, 2006; TODOROVA; DURISIN, 2007; CAMISÓN E FORÉS; 2010).

Externamente, esses esforços para adquirir conhecimento podem influenciar na capacidade de absorção, por meio de intensidade do esforço despendido na busca do conhecimento externo e da velocidade para absorver e direcionar esse conhecimento na organização (ZAHRA; GEORGE, 2002).

Versiani *et al.* (2010), por meio de uma análise da literatura, buscando identificar convergências entre os estudos que mensuraram as dimensões da capacidade absorptiva, classificam os constructos como antecedentes e mecanismos de cada uma de suas dimensões. O Quadro 2, elaborado com base nesses autores, apresentam cada um dos antecedentes e

mecanismos que compõem a dimensão de aquisição, bem como o conceito dos autores que validaram seus constructos para dimensão.

Quadro 2 – Componentes da dimensão aquisição

Antecedentes e Mecanismos da Aquisição		
Antecedentes	Conceitos	Autores
Atitudes positivas com relação à mudança	Cultura organizacional aberta à implementação de mudanças, de forma que as organizações tendem a ser mais inovadoras e os indivíduos mais motivados a buscar informações externas.	MUROVEC; PRODAN, 2009.
Cooperação em inovação	Atividades relacionadas à inovação desenvolvidas com diferentes tipos de parceiros, tais como fornecedores, clientes, competidores, consultores e universidades podem aumentar a capacidade da organização de transferir informações relevantes e conhecimento tácito.	MUROVEC; PRODAN, 2009.
Nível de educação da força de trabalho	Equipes com alto nível de educação e qualificação técnica têm maior capacidade de identificar e assimilar conhecimento externo.	VEGA-JURADO; GUTIÉRREZ-GRACIA; FERNÁNDEZ-DE-LUCIO, 2008.
Volume de gastos em P&D	Para uma organização compreender os resultados de atividades de P&D desenvolvidas externamente, é necessário o desenvolvimento de atividades de P&D internamente.	VEGA-JURADO; GUTIÉRREZ-GRACIA; FERNÁNDEZ-DE-LUCIO, 2008; MUROVEC; PRODAN, 2009.
Mecanismos	Conceitos	AUTORES
Monitoramento de conhecimento	Mecanismo organizacional que promove a identificação e aquisição de conhecimento e tecnologias de fontes externas. Refere-se a implementação de rotinas e procedimentos sistemáticos para captura de conhecimento, tais como pesquisa de tendências de mercado, benchmarking de melhores práticas de competidores e pesquisas com fornecedores e clientes.	TU <i>et al.</i> , 2006.
Formalização (normas e procedimentos explícitos quanto à busca tecnológica)	Refere às regras, procedimentos e instruções formais que conduzem processos organizacionais, ou seja, o quanto das atividades diárias e comportamentos são guiados por Normas explícitas. Os procedimentos sistemáticos para captura de conhecimento podem auxiliar na capacidade absorptiva, a medida que guiam a conduta dos funcionários.	JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005; VEGA-JURADO; GUTIÉRREZ-GRACIA; FERNÁNDEZ-DE-LUCIO, 2008.

Fonte: Adaptado de Versiani *et al.* (2010).

Além dos constructos validados para a dimensão aquisição, apresentados no Quadro 2, Camisón e Fóres (2010), com base em Jansen, Van den Bosch e Volberda (2005), Tu et al., (2006) e outros trabalhos, validaram os seguintes indicadores: (i) captação de conhecimento dos competidores; (ii) abertura com o ambiente, permitindo o monitoramento de tendências e oportunidades; (iii) cooperação em P&D com outras instituições; e (IV) desenvolvimento interno de competências tecnológicas.

Flatten *et al.* (2011) também desenvolveram e validaram um instrumento de mensuração da capacidade absorptiva, com base nas dimensões propostas por Zahra e George (2002). Para os autores, as organizações podem adquirir informações por meio de recursos externos, tais como redes pessoais, consultores, seminários, internet, banco de dados, revistas profissionais, publicações acadêmicas, pesquisa de mercado, regulamentos e as leis com relação ao meio ambiente, técnica, saúde e segurança.

2.3.1.2.2 Assimilação de conhecimento

A assimilação faz parte da capacidade de absorção potencial, que permite à organização interpretar e compreender as informações obtidas na aquisição, com base no conhecimento prévio existente (ZAHRA; GEORGE, 2002). Dessa forma, a assimilação refere-se à capacidade da organização absorver conhecimentos externos por meio de processos e rotinas da empresa que permitem analisar, processar, interpretar, entender e interiorizar as informações obtidas por meio de fontes externas (COHEN; LEVINTHAL, 1990; ZAHRA; GEORGE, 2002; LANE; KOKA; PATHAK, 2006; TODOROVA; DURISIN, 2007).

Tu *et al.* (2006) realizam um estudo sobre os fatores que impactam na habilidade da organização assimilar novas tecnologias de produção e práticas de gestão inovadora, com objetivo de verificar se elas aumentam a capacidade absorptiva. Os autores validaram alguns indicadores que impactam diretamente na assimilação, dentre os quais se destaca o conhecimento prévio relevante dos empregados e dos gerentes, que são conceituados no Quadro 3.

Jansen, Van Den Bosch, Volberda (2005) também validam um conjunto de mecanismos que influenciam na capacidade de assimilação de conhecimento – interface entre funções, rotação de funções/tarefas e não rotinização. Por último, o mecanismo de integração social proposto por Veja Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia e Fernández-de-Lucio (2008), visando reduzir as barreiras para troca de informações dentro da organização, facilitando a distribuição do conhecimento (ZAHRA; GEORGE, 2002).

Esses antecedentes e mecanismos são apresentados no Quadro 3, bem como os conceitos, de acordo com os autores abordados.

Quadro 3 – Componentes da dimensão assimilação

Antecedentes e Mecanismos da Assimilação		
Antecedentes	Conceitos	Autores
Conhecimento prévio relevante dos empregados	Desenvolvimento de habilidades relacionadas às rotinas do cargo, entre elas, as ideias dos indivíduos que influenciam o processo de implantação da inovação na organização. Dessa forma, a capacidade absorptiva de uma organização ocorre através da agregação da aprendizagem individual e a vontade de compartilhar esse conhecimento.	TU <i>et al.</i> , 2006
Conhecimento prévio relevante dos gerentes	Capacidade dos gestores em dominar técnicas de gestão e conhecimentos específicos para tomadas de decisão e solução de problemas e lidar com novas tecnologias.	TU <i>et al.</i> , 2006
Mecanismos	Conceitos	AUTORES
Interfaces entre funções (times, força tarefa, projetos)	Capacidade de formação de grupos de trabalho de funcionários de diferentes áreas/filiais para desempenhar tarefas temporárias. Essa prática promove o intercâmbio e integração de conhecimentos, bem como o compartilhamento de interpretações, levando a compreensão do novo conhecimento externo.	JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005.
Rotação de funções/tarefas	Transferência temporária de tarefas e funções entre empregados, com objetivo de aumentar o contato entre os membros da organização e a habilidade na resolução de problemas, assim como associar o novo conhecimento externo.	JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005.
Não rotinização (não utilização de tarefas repetitivas)	A rotinização limita a busca de novos conhecimentos externos e leva a um escopo estreito de processamento da informação, restringindo a interação entre os membros da organização.	JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005.
Mecanismos de integração social	Práticas que reduz as barreiras para troca de informação dentro da organização, facilitando a distribuição do conhecimento. Essas práticas podem ser formais e informais, por exemplo, utilização de círculos de qualidade e a metodologia de solução de problemas.	VEGA-JURADO; GUTIÉRREZ-GRACIA; FERNÁNDEZ-DE-LUCIO, 2008.

Fonte: Adaptado de Versiani *et al.* (2010)

Camisón e Fóres (2010) validaram, em seu estudo, os indicadores de assimilação de tecnologia útil para a organização, habilidade dos empregados assimilar e interpretar novos conhecimentos, *benchmarking* industrial e gestão do conhecimento como componentes da assimilação. O *benchmarking* industrial refere-se à habilidade da organização assimilar conhecimento e tecnologia relevante, provenientes de outras organizações do mesmo setor (CAMISÓN; FÓRES, 2010)

Para Flatten *et al.* (2011), as organizações podem assimilar o conhecimento por meio da disseminação da informação, comunicação interdepartamental, fluxos rápido de informação entre os departamentos e reuniões periódicas para troca de experiências.

2.3.1.2.3 Transformação de conhecimento

A transformação é o primeiro componente da capacidade de absorção realizada, incluído por Zahra e George (2002). Para os autores, essa dimensão consiste na capacidade da organização desenvolver e refinar as rotinas internas para facilitar a transferência e a combinação do conhecimento existente com o novo conhecimento adquirido e assimilado. Dessa forma, a transformação pode ocorrer pela ciência da adição, eliminação ou da interpretação, combinando o conhecimento existente de maneira diferente e inovadora (ZAHRA E GEORGE; 2002).

Versiani *et al.* (2010) também classificam os constructos validados para a dimensão transformação em antecedente e mecanismos, conforme mostra o Quadro 4. São apresentados também os conceitos de Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005), Tu *et al.* (2006), Fosfuri e Tribó (2008) e Murovec e Prodan (2009), em seus respectivos constructos.

Quadro 4 – Componentes da dimensão Transformação

Antecedentes e Mecanismos da Transformação		
Antecedentes	Conceitos	Autores
Conectividade (confiança, cooperação e interação)	Desenvolve a confiança, cooperação e interação entre empregados, promovendo o fluxo de informações eficiente entre diferentes áreas e filiais e motivando a colaboração na interpretação de novos conhecimentos. Permite a transformação e aplicação de novos conhecimentos externos.	JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005.
Mecanismos	Conceitos	AUTORES
Treinamento de pessoal relacionado com projetos de inovação	Participação dos colaboradores em treinamentos e qualificações internos ou externos com foco em desenvolvimento e introdução de inovações.	MUROVEC; PRODAN, 2009.
Táticas de socialização (compartilhamento de experiências práticas, formais e informais)	Compartilhamento de experiências formais e informais utilizadas para combinar o conhecimento recém-adquirido com conhecimento existente facilitando a associação. Também ensinam aos recém-admitidos uma linguagem específica da organização, facilitando a compreensão dos conhecimentos, normas e cultura.	JAHRA; GEORGE, 2002; JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005.
Fontes internas de informação para inovação.	Importância que organização dá a diferentes tipos de fluxos internos de informações relacionadas à inovação, tais como o fluxo de informações existente entre empregados de diferentes departamentos, unidades e filiais.	FOSFURI; TRIBÓ, 2008.
Redes de comunicação	Qualidade dos fluxos internos de informação entre diferentes níveis hierárquicos e departamentos, ou seja, se informações transitam livremente e se novas ideias são compartilhadas entre gestores e subordinados e entre diferentes áreas funcionais.	TU <i>et al.</i> , 2006.

Fonte: Adaptado de Versiani *et al.* (2010).

(Continua)

Mecanismos	Conceitos	AUTORES
Interfaces entre funções (times, força tarefa, projetos)	Capacidade de formação de grupos de trabalho de funcionários de diferentes áreas/filiais para desempenhar tarefas temporárias. Essa prática promove o intercâmbio e integração de conhecimentos, bem como o compartilhamento de interpretações, levando a compreensão do novo conhecimento externo.	JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005.
Rotação de funções/tarefas	Transferência temporária de tarefas e funções entre empregados, com objetivo de aumentar o contato entre os membros da organização e a habilidade na resolução de problemas, assim como associar o novo conhecimento externo.	JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005.

Fonte: Adaptado de Versiani *et al.* (2010).

Os mecanismos interface entre funções e rotação de função/tarefas foram validados por Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005) para as dimensões assimilação e transformação e, portanto, constam em ambos os constructos.

Para Camisón e Fóres (2010), as organizações podem transformar conhecimento por meio da utilização de tecnologia da informação, a fim de melhorar o fluxo da comunicação, renovação de competências nos processos-chave, de forma a eliminar as obsoletas, trocas de informações científicas e tecnológica entre colaboradores e, por fim, integração de atividades de pesquisa e desenvolvimento, com tarefas funcionais relacionadas. A transformação também pode ocorrer por meio da habilidade dos diferentes setores e departamentos em estruturar e utilizar o conhecimento coletivo (FLATTEN *et al.*, 2011).

2.3.1.2.4 Aplicação de conhecimento

A aplicação é o último componente da capacidade de absorção realizada, caracterizada como uma capacidade organizacional baseada nas rotinas e nos processos, permitindo às organizações incorporar o conhecimento adquirido, assimilado e transformado em suas operações e rotinas. Dessa forma, busca não só aperfeiçoar, refinar, expandir e alavancar rotinas, processos, competências e conhecimentos existentes, mas também criar novas operações, competências, rotinas, produtos e formas de organização (COHEN; LEVINTHAL, 1990; ZAHRA; GEORG, 2002; LANE; KOKA; PATHAK, 2006; TODOROVA; DURISIN, 2007).

Versiani *et al.* (2010) classificam os constructos validados para essa dimensão em antecedente e mecanismos, conforme apresentados no Quadro 5. São apresentados também os conceitos de Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005), Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia e Fernandes de Lucio (2008), Murovec e Prodan (2009), que validaram tais constructos.

Quadro 5 – Componentes da dimensão Aplicação

Antecedentes e Mecanismos da Aplicação		
Antecedentes	Conceitos	Autores
Existência de P&D interno	A habilidade de a organização aplicar conhecimento externo é entendida como um subproduto das atividades de pesquisa e desenvolvimento desempenhadas pela organização.	VEGA-JURADO; GUTIÉRREZ-GRACIA; FERNÁNDES-DE-LUCIO, 2008.
Nível de educação da força de trabalho	Equipes com alto nível de educação e qualificação técnica têm maior capacidade de identificar e assimilar conhecimento externo.	VEGA-JURADO; GUTIÉRREZ-GRACIA; FERNÁNDES-DE-LUCIO, 2008.
Volume de gastos em P&D	Para uma organização compreender os resultados de atividades de P&D desenvolvidas externamente, é necessário o desenvolvimento de atividades de P&D internas.	VEGA-JURADO; GUTIÉRREZ-GRACIA; FERNÁNDES-DE-LUCIO, 2008; MUROVEC; PRODAN, 2009.
Conectividade (confiança, cooperação e interação)	Desenvolve a confiança, cooperação e interação entre empregados, promovendo o fluxo de informações eficiente entre diferentes áreas e filiais e motivando a colaboração na interpretação de novos conhecimentos. Permite a transformação e aplicação de novos conhecimentos externos.	JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005.
Mecanismos	Conceitos	AUTORES
Formalização (normas e procedimentos explícitos quanto à busca tecnológica)	Regras, procedimentos e instruções formais que conduzem processos organizacionais, ou seja, o quanto das atividades e comportamentos são guiados por Normas explícitas. Os procedimentos sistemáticos para captura de conhecimento podem auxiliar na capacidade absorptiva, à medida que guiam a conduta dos funcionários.	JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005; VEGA-JURADO; GUTIÉRREZ-GRACIA; FERNÁNDES-DE-LUCIO, 2008.
Táticas de socialização (compartilhamento de experiências práticas, formais e informais)	Compartilhamento de experiências formais e informais utilizadas para combinar o conhecimento recém-adquirido com conhecimento existente facilitando a associação. Também ensinam aos recém-admitidos uma linguagem específica da organização, facilitando a compreensão dos conhecimentos, normas e cultura.	JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005.

Fonte: Adaptado de Versiani *et al.* (2010)

Dos constructos validados para a dimensão aplicação, apresentados no Quadro 5, apenas a existência de P&D interno, proposta por Vega-Jurado, Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia e Fernández-de-Lucio (2008), foi validado. Quanto aos antecedentes referentes ao nível de educação da força de trabalho e volume de gastos em P&D, foram validados pelos mesmos autores para as dimensões aquisição e aplicação.

O antecedente conectividade e o mecanismo táticas de socialização foram validados por Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005) para as dimensões transformação e aplicação. Além disso, o mecanismo de formalização também foi validado por Jansen, Van den Bosch e

Volberda (2005) e Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia e Fernández-de-Lucio (2008) para as dimensões aquisição e aplicação.

Os indicadores validados no constructo de Camisón e Fóres (2010) para o componente de aplicação são: capacidade de aplicar os novos conhecimentos respondendo rapidamente às mudanças do ambiente; capacidade de aplicar a experiência em áreas tecnológicas; e proatividade tecnológica para responder às exigências do mercado, pressões da concorrência e à garantia da competitividade, ampliando seu portfólio de produtos.

Para Flatten *et al.* (2011), a aplicação ocorre por meio da combinação de conhecimento na aplicação comercial do novo conhecimento, seja para o desenvolvimento de protótipos, seja para busca de novas tecnologias e inovações.

Para Wang e Ahmed (2007), as empresas com capacidade de absorção demonstram forte capacidade de aprender com parceiros, integrando informações externas, transformando em conhecimento e incorporando à empresa. Na opinião dos autores, quanto maior a capacidade de absorção a empresa demonstrar, mais exibe capacidades dinâmicas.

2.3.1.3 Capacidade de inovação

A capacidade de inovação de uma empresa é considerada uma importante fonte de vantagem competitiva em ambientes dinâmicos. O sucesso e a sobrevivência da organização dependem de sua capacidade de inovar, criar valor (WANG; AHMED, 2004) para desenvolver novos produtos e/ou mercados por meio do alinhamento da orientação estratégica inovadora com comportamentos e processos inovadores (TRIPSAS, 1997; PETRONI, 1998; WANG; AHMED, 2004; LAZONICK; PRENCIPE, 2005).

Para Schumpeter (1982), inovação é definida como a combinação de materiais e forças que estão ao alcance da organização, resultando em outras coisas ou as mesmas coisas utilizando métodos diferentes. Os resultados dessas melhorias com a inovação vão além da introdução do novo produto no mercado, impactando no desempenho da organização (SCHUMPETER, 1982).

Damanpour (1987) caracteriza a inovação como uma forma de mudanças de uma organização, em resposta às mudanças de seu ambiente interno e externo ou para tentar influenciar nesse ambiente. As inovações, portanto, não surgem espontaneamente apenas das novas necessidades dos consumidores, mas também é a organização que inicia a mudança econômica e os consumidores são educados para ela (SCHUMPETER, 1982). Para o autor,

além das necessidades dos consumidores, deve se tomar uma atitude diferente ao analisar a mudança.

Para Wang e Ahmed (2004, p. 304), a inovação organizacional é definida como “uma capacidade de inovação global de introduzir novos produtos no mercado, ou abrir novos mercados, através da combinação da orientação estratégica com comportamentos e processos inovadores”. Na visão de Peng, Schroeder e Shah (2008), a capacidade de inovação é considerada como a força ou proficiência de um conjunto de prática organizacional que gera o desenvolvimento de novos produtos e processos.

Na literatura existem várias definições e diferentes tipos ou dimensões de inovação que, na visão de Damanpour, Szabat e Evan (1989), são capazes de complementar-se. Desse modo, Miller e Friesen (1983) abordam quatro dimensões da inovação: inovação em novos produtos ou inovação em serviços; métodos de produção ou prestação de serviços; tomada de risco pelos executivos-chave; e busca de soluções inusitadas e inovadoras. Capon *et al.* (1992) focam em três dimensões: capacidade de inovação de mercado, tendência estratégica pioneira e sofisticação tecnológica.

Nessa perspectiva, Wang e Ahmed (2004) constatam, por meio de uma vasta revisão de literatura, que há pouca evidência empírica com relação ao desenvolvimento e à validação de constructos de inovação organizacional. Na visão dos autores, os estudos que geralmente são validados seguem a perspectiva de apenas uma característica da inovação, como a inovação de produto em vez de capacidades de inovação organizacional. A referida inovação foca em resultado, deixando de lado fatores importantes para obtenção desses resultados, como mudanças comportamentais, inovação de processo e orientação estratégica para inovação.

Dessa forma, os autores identificam cinco dimensões que compõem a capacidade de inovação global da organização: capacidade de inovação de produto; inovação de mercado; inovação comportamental; inovação de processo; e a capacidade de inovação estratégica. Os autores estudados por Wang e Ahmed (2004), que os levaram à definição dos elementos componentes da capacidade inovativa, são melhor apresentados no Quadro 6. Na sequência apresentam-se os conceitos de cada um desses elementos.

Quadro 6 – Dimensões da inovação organizacional

Autor	Produto	Mercado	Processo	Comportamento	Estratégico
Schumpeter (1934)	X	X	X		
Miller & Friesen (1983)	X		X	X	X
Capon <i>et al.</i> (1992)	X				X
Avlonitis <i>et al.</i> (1994)	X		X	X	X
Subramanian & Nilakanta (1996)			X		
Hurley & Hult (1998)				X	
Rainey (1999)				X	X
Lyon <i>et al.</i> (2000)	X		X		
North & Smallbone (2000)	X	X	X	X	

Fonte: Wang e Ahmed (2004, p. 304).

a) Inovação de produto e/ou serviço

Para Wang e Ahmed (2004), a inovação de produto refere-se à novidade e ao significado de novos produtos introduzidos no mercado em tempo hábil. Para os autores, produtos inovadores apresentam oportunidade de crescimento e expansão para novas áreas e, portanto, essa capacidade está associada à inovação do negócio sustentável.

Damanpour (1991) define inovação de produto como a introdução de novos produtos e serviços no mercado, visando atender suas necessidades. Dessa forma, considerando o dinamismo do ambiente externo, esses novos produtos e serviços podem ser resultados de pequenas alterações efetuadas nos atributos dos produtos ou serviços já comercializados pela organização. Corroborando o exposto, para Liao, Fei e Chen (2007), a inovação do produto também pode ocorrer quando é realizada uma melhoria no produto ou serviço ou se desenvolvem novos produtos ou serviços, buscando obter satisfação dos clientes.

Freeman e Perez (1988) classificam as inovações em radical e incremental. A primeira refere-se ao desenvolvimento e à introdução de um novo produto, serviço ou processos, totalmente novos. A segunda é relativa à introdução de alguma melhoria em um produto, serviço ou processo, sem alterá-lo totalmente. Dessa forma, entende-se que não apenas novos produtos e serviços se caracterizam como inovação de produto, mas também as modificações que são realizadas neles, desde que atendam as expectativas dos clientes.

Neste estudo, a inovação de produto será tratada como inovação de serviços, visto que é utilizado o mesmo conceito. Também considera como inovação de serviços os incrementos que são efetuados nos atributos de determinados serviços, além do lançamento de novos. Isso pelo fato de o setor hospitalar ser um ambiente altamente propício a mudanças, considerando o fator da epidemiologia, o que, conseqüentemente, exige adequação nos serviços para atender essa evolução.

b) Inovação de mercado

A capacidade de inovação de produto e a inovação de mercado, embora estejam em dimensões separadas, são fortemente interligadas, visto que a última pode representar uma novidade de abordagem adotada pelas organizações para entrar no mercado-alvo ou explorar novos nichos de mercado e tecnologias de ponta (WANG; AHMED, 2004).

Segundo Andrews e Smith (1996), a inovação de mercado está relacionada à pesquisa de mercado, propaganda e promoção. Além disso, a inovação de mercado também pode ocorrer por meio da adoção de novas alternativas e programas de marketing, com objetivo de promover os produtos e serviços existentes.

c) Inovação de processos

Para Damanpour (1991), a inovação de processo refere-se à introdução de novos elementos nas operações de produção e realização de serviços de uma organização, tais como novos materiais, especificação de tarefas, mecanismos do fluxo de trabalho e informação e equipamentos para produzir ou prestar um serviço.

A capacidade de inovação de processo ocorre quando são utilizados novos métodos de produção ou prestação de serviços, novas abordagens de gestão e novas tecnologias que podem ser usadas para melhorar os processos de gestão e produção (WANG; AHMED, 2004). Essa capacidade é fundamental para o sucesso organizacional, pois permite às organizações explorar seus recursos e as capacidades de recombina-los e renová-los para atender a exigência de produção inovadora (WANG; AHMED, 2004).

Na mesma linha, para Liao, Fei e Chen (2007), a inovação em processos refere-se à capacidade de uma organização fornecer melhor processo de produção ou de operação de serviço do que estava fornecendo, buscando maior desempenho.

d) Inovação comportamental

A inovação comportamental pode estar presente em indivíduos, equipe e gestão, permitindo a formação de uma cultura de inovação e a receptividade a novas ideias (WANG; AHMED, 2004). Para os mesmos autores, esse tipo de capacidade fomenta uma cultura inovadora, atuando como um catalisador de inovações, enquanto que sua falta atua como um bloqueador.

Nesse sentido, os níveis mais elevados de inovação estão associados a culturas das organizações que enfatizam a aprendizagem, o desenvolvimento e a tomada de decisão participativa (HURLEY; HULT, 1998). Segundo Wang e Ahmed (2004), a capacidade de

inovação individual diz respeito à vontade de mudar do indivíduo, enquanto a da equipe está relacionada com sua adaptabilidade à mudança, formando uma sinergia baseada nessa dinâmica do grupo. Já em nível de gestão, reflete a vontade da gerência de mudar e encorajar novas formas de fazer as coisas e novas ideias originais e inovadoras (WANG; AHMED, 2007).

Akman e Yilmaz (2008) argumentam que a cultura organizacional inovadora é um fator importante da capacidade de inovação, caracterizadas por atividades de promoção interna e capacidade de compreender e responder adequadamente ao ambiente externo.

e) Inovação estratégica

A inovação estratégica tem como foco principal a capacidade da organização gerenciar seus objetivos organizacionais ambiciosos e identificar suas incompatibilidades com os recursos existentes, a fim de utilizá-los de forma criativa (WANG; AHMED, 2004). Para os autores, relaciona-se com a capacidade da organização identificar oportunidades externas, a fim de utilizar suas capacidades internas e fornecer produtos e serviços inovadores em novos mercados ou segmentos de mercado em tempo hábil para responder adequadamente a essas oportunidades.

Wang e Ahmed (2004) incluíram em seu constructo a inovação estratégica, a qual consideram um fator primordial para a capacidade de inovação. Nessa perspectiva, Talke *et al.* (2011) afirmam que a orientação para inovação estratégica de uma organização tem por objetivo satisfazer as necessidades emergentes dos clientes com novas soluções em tecnologia, mostrando-se crucial para a capacidade de inovação da organização e seu desempenho.

As cinco dimensões apresentadas, segundo Wang e Ahmed (2004), contribuem para inovação global da organização. Nesse aspecto, considerando que a capacidade de inovação é um componente das capacidades dinâmicas, quanto mais inovadora é a organização, mais capacidades dinâmicas ela possui (WANG; AHMED, 2007).

Diante do exposto, para identificação da capacidade de inovação nas organizações hospitalares, este estudo tem como base a abordagem de Wang e Ahmed (2004), considerando os elementos componentes as capacidades de inovação de serviço, mercado, processo, comportamental e estratégica.

Apresentados os fatores que compõem as capacidade dinâmicas propostas por Wang e Ahmed (2007), que serão abordados neste estudo, na sequência apresentam-se os elementos e

mecanismos de desenvolvimento abordados por Camargo e Meirelles (2012), por meio dos quais as capacidades absorptiva e de inovação se desenvolvem.

2.3.2 Elementos componentes e mecanismos de desenvolvimento de capacidades dinâmicas

Com base na realização de uma pesquisa bibliográfica referente aos principais conceitos e fatores componentes das capacidades dinâmicas, de diversos autores, Camargo e Meirelles (2012) propõem uma síntese com seus próprios elementos componentes e mecanismos de desenvolvimento destas capacidades. Na visão dos autores, para que as capacidades dinâmicas se desenvolvam nas organizações, é necessário que elas utilizem três elementos componentes e mecanismos: comportamentos e habilidades; processos e rotinas; e mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento.

Camargo e Meirelles (2012) evoluíram na literatura de capacidades dinâmicas, no sentido de relacionar trabalhos de importantes autores e elaborar uma proposta de estudo considerando esses fatores como elementos componentes e mecanismos de desenvolvimento de capacidades dinâmicas.

Cada um dos elementos é definido na sequência, de acordo com a visão de diferentes autores, que abordam a temática.

2.3.2.1 Comportamentos e habilidades

Para que ocorra o desenvolvimento de capacidades dinâmicas, primeiramente é necessário que a organização possua um conjunto de comportamento e habilidades relacionados à mudança e inovação (CAMARGO; MEIRELLES, 2012).

Andreeva e Chaika (2006) explicam que o desenvolvimento da capacidade de mudança reflete o comportamento proativo da organização. Esse comportamento conduz ao desenvolvimento de habilidades especiais visando renovar as capacidades essenciais que se destacam como base da vantagem competitiva.

As autoras utilizam tanto os termos comportamentos quanto habilidades em seu estudo. Nessa lógica, entende-se que ambos são reflexos das capacidades de mudança organizacional, que é um elemento essencial para a existência das capacidades dinâmicas. Nesse aspecto, faz-se necessário que a organização disponha de habilidades empreendedoras

de seus líderes e capacidade de mudança organizacional para o desenvolvimento de capacidades dinâmicas (ANDREEVA; CHAIKA, 2006).

Corroborando o exposto, Camargo e Meirelles (2012) classificam como comportamento de desenvolvimento de capacidades dinâmicas a lealdade e o comprometimento com a mudança. A lealdade está relacionada com a percepção dos colaboradores sobre a mudança, quando conseguem percebê-la como normal e, para tal, de acordo com Andreeva e Chaika (2006), é necessário considerar alguns fatores, como comunicação aberta entre os gestores e colaboradores, permitindo o diálogo e o feedback e atitudes positivas com relação à mudança.

O comportamento de comprometimento com a mudança relaciona-se com a capacidade de mudança. Andreeva e Chaika (2006) sugerem que, para uma organização desenvolver capacidade de mudança, além de outros fatores, é necessário o desenvolvimento de habilidades não específicas. Essas habilidades têm um âmbito de aplicação mais vasto, não se limitando apenas às atividades rotineiras dos colaboradores, permitindo que eles se sintam menos limitados e tenham capacidade de agir em prol de qualquer tipo de mudança.

Os autores consideram como habilidades não específicas: habilidades profissionais adjacentes, que não têm ligação direta com sua profissão ou atividade, diminuindo as barreiras da mudança organizacional; entendimento da organização como um todo, tais como objetivos e alinhamento estratégico, conhecimento de responsabilidades e funções de diferentes departamentos; habilidades em processo; habilidades de aprendizagem e autoaprendizagem. Em termos práticos, são exemplos dessas habilidades: negociação, apresentação de novas ideias, envolvimento dos colaboradores nas tomadas de decisão, comunicação; liderança, gerenciamento de projetos e pessoas, resolução de problemas e resolução de conflitos.

Collis (1994) relaciona capacidades dinâmicas com a habilidade da firma para desenvolver novas estratégias mais rapidamente que os concorrentes e habilidade de aprender a aprender. Para Nelson e Winter (2005), habilidade refere-se à capacidade de ter uma sequência regular de comportamento coordenado, o qual deve ser eficiente em relação a seus objetivos, dado o contexto no qual essa sequência ocorre.

Os autores propõem que as principais características das habilidades envolvem a combinação de: (a) pragmatismo, habilidades envolvem sequência de etapas na qual cada uma delas sucessivamente é engatilhada; (b) conhecimento tácito, em que o ator que desempenha certa habilidade não está consciente dos detalhes do seu desempenho, o conhecimento nas habilidades é, em grande parte, tácito; e (c) escolhas, em que as habilidades envolvem, embora grande parte das opções seja selecionada automaticamente.

Para Wang e Ahmed (2007), as habilidades compreendem identificar e capitalizar oportunidades de mercado, reconhecendo o valor das informações externas, a fim de assimilar e aplicar comercialmente tais informações.

Camargo (2012), em seu estudo, com o objetivo de identificar os mecanismos e elementos de desenvolvimento de capacidades dinâmicas em uma empresa de serviços, encontrou uma série de comportamentos e habilidades que conduzem ao desenvolvimento das capacidades dinâmicas. Alguns desses elementos são sintetizados no Quadro 7, bem como suas respectivas descrições.

Quadro 7 – Comportamentos e habilidade de desenvolvimento de Capacidades Dinâmicas

Comportamentos e habilidades	Definição
Aceitação de propostas	Capacidade da empresa em aceitar propostas feitas pelos funcionários.
Acesso aos níveis decisórios	Possibilidade de fácil acesso dos níveis inferiores aos níveis superiores e decisórios da empresa.
Aproveitamento de oportunidades	Capacidade da empresa em aproveitar oportunidades de negócio
Capacidade de obtenção de consenso	Capacidade de obter consenso entre os níveis diretivos e as diversas unidades que compõe a empresa.
Comprometimento	Comprometimento da organização com a mudança
Comunicação	Capacidade da empresa de comunicação com o cliente externo e internos.
Criatividade	Capacidade da empresa em criar novos produtos e habilidade dos colaboradores em atuar de forma criativa
Desenvolvimento de projetos	Capacidade da empresa em desenvolver projetos.
Diversidade	Capacidade da empresa em manter uma força de trabalho diversificada, com diversos credos, culturas, origens e raças e gêneros.
Educação do mercado	Capacidade da empresa em educar o mercado a respeito de seu portfólio de produtos
Entendimento da mudança	Capacidade da empresa em entender a mudança.
Entendimento das necessidades do cliente	Capacidade de entender e atender as necessidades do cliente.
Feedback	Capacidade da empresa em aproveitar os feedbacks recebidos de seus funcionários e clientes.
Mudança normal	Comportamento de entender a mudança como algo normal.
Orientação ao cliente	Capacidade da empresa em funcionar de forma orientada às necessidades do cliente.
Sentir contexto	Capacidade da empresa em sentir o contexto e perceber mudanças.
Tecnologia	Capacidade de entender como a tecnologia pode agregar valor ao negócio da empresa.

Fonte: Adaptado de Camargo (2012).

Entende-se que os comportamentos e as habilidades apresentados no Quadro 7 vão ao encontro da teoria de capacidade absorptiva e de inovação abordadas, neste estudo.

2.3.2.2 *Processos e rotinas*

As capacidades dinâmicas também são abordadas sob a perspectiva de processos e rotinas (EISENHARDT; MARTIN, 2000; WINTER 2003; TEECE, 2007). As capacidades dinâmicas estão presentes nos processos e rotinas, permitindo que os recursos da organização possam ser reconfigurados, de acordo com a realidade do ambiente (EISENHARDT; MARTIN, 2000). Ainda para os autores, em ambientes moderadamente dinâmicos, as capacidades dinâmicas se assemelham a rotinas, sendo, dessa forma, processos específicos, analíticos e estáveis com resultados previsíveis.

Nelson e Winter (2005) conceituam rotinas a partir da teoria da economia evolucionária, como um mecanismo de adaptação e seleção da empresa entre os concorrentes respondendo aos estímulos do ambiente. Na concepção dos autores, as organizações diferem entre si pela maneira com que operam internamente, baseando suas decisões estratégicas em resposta às mudanças externas, a partir de regras e padrões de comportamento.

Segundo Nelson e Winter (2005), existem três tipos de rotinas: (a) rotinas operacionais, que são necessárias para realizar as atividades básicas, como produção de bens e serviços, as quais governam o comportamento da organização em curto prazo; (b) rotinas de investimento, que estão relacionadas à alocação de capital na organização e impactam diretamente na lucratividade, das quais são exemplos os investimentos em novos produtos, processos, projetos, instalações, aquisições de outras empresas, equipamentos, entre outros; e (c) rotinas de busca, as quais se referem às avaliações realizadas nas rotinas atuais, buscando modificar seus aspectos e características ao longo do tempo, com a finalidade de encontrar soluções para problemas.

Para Winter (2003), as rotinas são definidas como padrão e conjunto de atividades, também denominadas como rotinas de busca, utilizadas pela organização para gerar novos produtos, novos processos e novos serviços. Esse conjunto de rotinas de busca constitui as capacidades dinâmicas da organização.

Gerard (2009) define rotinas como padrões de comportamento que se repetem e conectam atores em determinado contexto com o objetivo de realizar o trabalho e, dessa forma, fazem parte do processo. Para o autor, as rotinas são importantes não só porque são os meios de atingir metas e objetivos organizacionais, mas também por tornar-se parte da estrutura através da divisão do trabalho que liga a estratégia ao desempenho, impactando na motivação e na capacidade de mudança da organização. Quanto aos processos, eles contêm todas as capacidades necessárias para transformar entradas em resultados, fornecendo a

estrutura de trabalho, enquanto as rotinas referem-se à execução. Dessa forma, processos e rotinas são distintos, porém se relacionam entre si (GERARD, 2009).

Eisenhardt e Martin (2000) identificam alguns elementos que constituem rotinas importantes de capacidade dinâmica, tais como equipes de P & D multifuncionais, novas rotinas de desenvolvimento de produtos, rotinas de controle de qualidade e rotinas de transferência de tecnologia e / ou transferência de conhecimento. Segundo Feldman e Pentland (2003), a existência de manuais, procedimentos, políticas e descrição de processos demonstram a existência de rotinas nas organizações.

Nessa perspectiva, Camargo e Meirelles (2012) afirmam que são necessários processos e rotinas, associados a comportamentos e habilidades para geração de novas ideias, produtos e serviços e implementação da mudança, ou seja, para que a empresa apresente capacidades dinâmicas.

A partir da teoria abordada, Camargo (2012) também identifica um conjunto de processos e rotinas de sustentação das capacidades dinâmicas em seu estudo, que são apresentadas, juntamente com suas descrições, no Quadro 8.

Quadro 8 – Processos e Rotinas de sustentação das capacidades dinâmicas

Processos e Rotinas	Descrição
Avaliação da necessidade de mudanças	Rotinas de avaliação de mudanças na empresa
Discussão	Rotinas de discussão formais e informais para obtenção de soluções para problemas e novas situações
Feedback	Rotina de obter informações sobre as ações e projetos implantados de forma a entender sua efetividade e a necessidade de correção de rumos
Marketing	Rotinas de marketing
Novos produtos, serviços e projetos de novos produtos	Desenvolvimento de novos produtos pela empresa e Projetos de introdução de novos produtos
Padrões – Rotinas de estabelecimento de padrões operacionais	Rotinas de estabelecimento de padrões operacionais mínimos de forma a garantir uma operação adequada
Qualificação de pessoal	Rotinas de treinamento de profissionais da empresa
Projetos-piloto	Rotina de execução de projetos em pequena escala para melhor controle das variáveis antes de iniciar a operação em grande escala
Rodízio de funções	Rotina de execução de rodízio de pessoas em funções chave na empresa

Fonte: Adaptado de Camargo (2012).

(continua)

Processos e Rotinas	Descrição
Rotinas bem definidas e rotinas de controle e monitoramento	Existência de rotinas documentadas e bem definidas. Rotinas de controle e monitoramento de desempenho que permitem que as organizações possam mudar rapidamente o rumo, aumentando sua chance de adaptação, de sobrevivência e de manutenção da vantagem competitiva
Rotinas de pesquisa	Rotinas de execução de pesquisas de mercado e de satisfação de clientes e empregados

Fonte: Adaptado de Camargo (2012)

Costa (2013) também estudou processos e rotinas que consideram essenciais para o desenvolvimento de capacidades dinâmicas em uma pesquisa realizada em imobiliárias, sendo eles: frequências de novos processos e serviços; memória organizacional; mudança das rotinas operacionais; implementação da inovação; estrutura organizacional e motivação da inovação.

2.3.2.3 Mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento

Além dos comportamentos e das habilidades, das rotinas e dos processos, também é necessário que a organização desenvolva mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento que suportem a existência de capacidades dinâmicas (CAMARGO; MEIRELLES, 2012).

Para Zollo e Winter (2002), as capacidades dinâmicas são desenvolvidas através da coevolução de mecanismos de aprendizagem, visto que constituem métodos sistemáticos para modificar as rotinas operacionais. Zollo e Winter (2002) são os primeiros a abordar a teoria das capacidades dinâmicas por meio de mecanismos.

Nesse sentido, os autores apresentam três mecanismos de aprendizagem, que suportam a existência de capacidades dinâmicas nas organizações: (a) acumulação de experiência, desenvolvida por meio de rotinas, que constituem a memória da organização; (b) articulação de conhecimento, que se refere ao ambiente livre para troca de ideias, compartilhamento de experiências individuais em comparação com os demais membros da organização, melhorando o nível de entendimento e, conseqüentemente, o desempenho na execução das ações; (c) codificação do conhecimento, que se refere à documentação do conhecimento por meio de manuais, desenhos, planilhas, softwares de gerenciamento de projetos, sistemas de suporte a decisão e outros meios de armazenamento e recuperação de informações, para que qualquer membro da organização possa acessar.

Na visão de Andreeva e Chaika (2006), a criação de mecanismos organizacionais faz parte das ferramentas de gestão que contribuem para a capacidade de mudança

organizacional, que é essencial para a existência das capacidades dinâmicas. Os autores destacam os seguintes mecanismos organizacionais: estabelecimento de grupos de trabalho multidisciplinares, comitês, delegação de responsabilidades, intensificação da troca de informações entre departamentos e alinhamento do sistema de compensação com as tarefas de desenvolvimento de capacidade de mudança. Esse sistema de compensação trata-se de recompensas para motivar novas ideias.

Camargo (2012), em sua pesquisa, também identifica os mecanismos de aprendizagem que propiciam a existência de capacidades dinâmicas na empresa estudada. Alguns desses mecanismos e suas descrições são sintetizados no próximo quadro.

Quadro 9 – Mecanismo de aprendizagem e governança de conhecimento

Mecanismos	Descrição
Aprendizado prático	Mecanismo através do qual os colaboradores da empresa aprendem de forma prática aquilo que terão que desempenhar.
Aquisição de empresas	Mecanismo através do qual a empresa adquire conhecimentos e competências através da aquisição de outras empresas.
Contratação de profissionais qualificados	Contratação de pessoas com expertise indisponível na empresa.
Controle de desempenho	Mecanismo de monitoramento dos números de desempenho das vendas da empresa de forma a permitir uma reação rápida.
Controle de qualidade	Mecanismos através do qual se verifica se a qualidade dos serviços prestados está adequada aos padrões da empresa.
Endomarketing	Mecanismo composto de rotinas para divulgação interna para manter os empregados alinhados à estratégia da empresa e motivados.
Experimentação	Mecanismo através do qual são feitos experimentos na tentativa de aprender. Esse tipo de mecanismo é voltado para o desenvolvimento e implantação de novos produtos e tecnologias no cotidiano da empresa.
Feedback	Mecanismo informal através do qual a empresa busca informações sobre a efetividade de suas ações junto aos clientes e fornecedores.
Interação com o cliente	Mecanismos através dos quais os empregados da empresa interagem com os clientes e obtêm informações a respeito das suas percepções.
Mecanismos de Pesquisa	Pesquisa de mercado, pesquisa de satisfação do cliente e pesquisas com empregados.
Padrões, normas e procedimentos	Conjunto de manuais de padrões, normas e de procedimentos utilizados para apoiar as operações da empresa.
Pesquisa	Pesquisa de mercado, pesquisa de satisfação do cliente e pesquisas com empregados.
Suporte técnico	Mecanismo de suporte técnico aos produtos e à operação da empresa.

Fonte: Adaptado de Camargo (2012).

Com a apresentação dos mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento, a abordagem de Camargo e Meirelles (2012) está concluída. Na visão dos autores, a partir desses elementos componentes torna-se possível entender como as capacidades se desenvolvem e se sustentam.

2.4 MODELO CONCEITUAL DA PESQUISA

Para fins de atender aos objetivos desta pesquisa, a base teórica para o estudo das capacidades dinâmicas foi a abordagem de Wang e Ahmed (2007), no sentido de analisar dois dos elementos que os autores propõem, tais como a capacidade absorptiva e a capacidade de inovação. O constructo dos autores também foi utilizado como base para identificar o dinamismo do ambiente, partindo-se do pressuposto de que as organizações hospitalares, por sua natureza, são complexas e dinâmicas.

Para análise da capacidade absorptiva, apoiou-se nas dimensões propostas por Zahra e George (2002): aquisição, assimilação, transformação e aplicação do conhecimento, bem como nos estudos empíricos que se basearam em tais dimensões, já que os autores não validaram empiricamente (JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005; TU *et al.*, 2006; VEGA-JURADO; GUTIÉRREZ-GRACIA; FERNÁNDEZ-DE-LUCIO, 2008; MUROVEC; PRODAN, 2009; CAMISÓN; FÓRES, 2010; FLATTEN *et al.*, 2011; SANTOS, 2015).

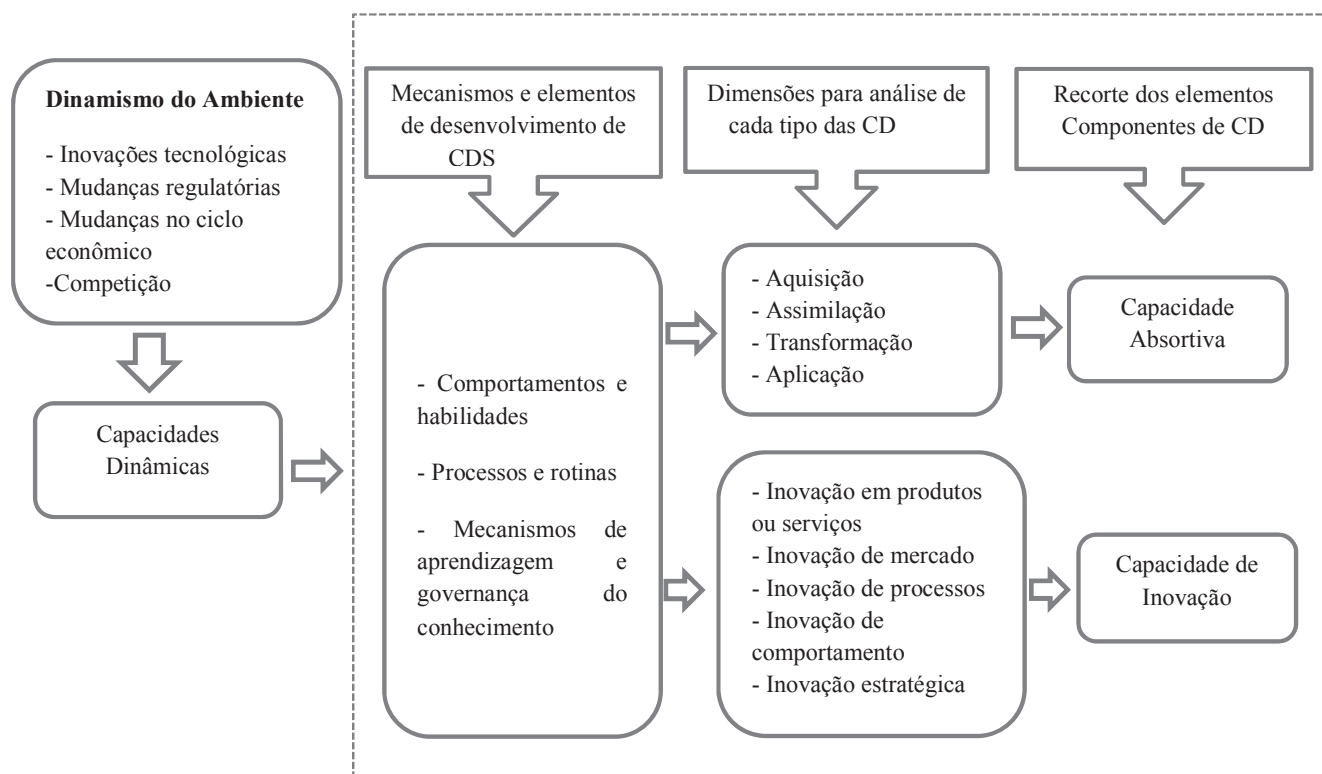
A capacidade de inovação foi analisada a partir dos cinco elementos abordados por Wang e Ahmed (2004): inovação de produtos e serviços; inovação de mercado; inovação de processos; inovação comportamental; e inovação estratégica.

O desenvolvimento das capacidades dinâmicas, representadas, neste estudo, pela capacidade absorptiva e de inovação, foi estudado sob a perspectiva dos elementos componentes e mecanismos propostos por Camargo e Meirelles (2012): (a) comportamentos e habilidades; (b) processos e rotinas; e (c) mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento.

Os elementos abordados por Camargo e Meirelles (2012) foram associados aos elementos propostos por Wang e Ahmed (2007) – capacidade absorptiva e capacidade de inovação, nesse caso. Essa associação ocorreu em cada uma das dimensões de ambas as capacidades, demonstrando evolução com relação à aplicação do modelo.

O recorte do modelo teórico de análise deste estudo, bem como construção do referencial teórico, é ilustrado na Figura 4.

Figura 4 – Modelo conceitual de pesquisa



Fonte: Elaborado a partir dos estudos de Zhara e George (2002); Wang e Ahmed (2004, 2007); Camargo e Meirelles (2012).¹

¹ O modelo de pesquisa elaborado a partir desses autores é baseado no modelo desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa GPCOM – Competitividade e Gestão Estratégica para o Desenvolvimento da UNIJUI.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo tem por objetivo apresentar os procedimentos metodológicos utilizados para alcançar os objetivos propostos nesta dissertação. Para tal apresentam-se a classificação e o delineamento da pesquisa, o objeto de estudo, os sujeitos da pesquisa, o plano de coleta, bem como a análise e interpretação dos dados que serão utilizados no desenvolvimento da pesquisa.

3.1 CLASSIFICAÇÃO E DELINEAMENTO DA PESQUISA

Este estudo se caracterizou quanto à abordagem do problema como qualitativo, visto que tenta compreender, de forma detalhada, os significados e características das situações apresentadas pelos entrevistados e consiste em uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social (RICHARDSON, 2011). Para Minayo (2003), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo de relações, dos processos e do fenômeno, que não são reduzidos à operacionalização de variáveis.

Quanto aos objetivos, a pesquisa classifica-se como descritiva, buscando o detalhamento das habilidades e dos comportamentos, dos processos e rotinas e dos mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento desenvolvido nas organizações que influenciam nos processos de capacidade absorptiva e capacidade de inovação. A pesquisa descritiva observa, registra, analisa, classifica e correlaciona os fatos ocorridos referente aos fenômenos que não podem ser manipulados pelo pesquisador (CRESWELL, 2010).

No que se refere ao procedimento técnico, o método adotado é o estudo de casos múltiplos, pois compreende a investigação de duas organizações hospitalares. O estudo de caso contribui de forma inigualável para a compreensão dos fenômenos individuais, sociais, organizacionais e políticos, ou seja, visa à compreensão de fenômenos sociais complexos (YIN, 2015). Estudar as capacidades dinâmicas em hospitais justifica tal abordagem.

Para Yin (2015), os estudos de casos múltiplos permitem maior profundidade do estudo, com a possibilidade de comparar resultados, ultrapassando a singularidade da análise única e tornando o estudo mais robusto. Portanto, segundo o autor, cada caso deve ser selecionado cuidadosamente, para que haja previsão de resultados similares (replicação literal) ou contrários, por razões previsíveis (replicação teórica). Nesse sentido, a opção por estudo de casos múltiplos se mostra mais conveniente para a realização deste estudo.

3.2 OBJETO DE ESTUDO

A seleção dos casos que fizeram fazer parte da pesquisa não deve ser realizada pela lógica de amostragem e por critérios de representatividade, visto que se trata de um estudo de casos múltiplos. No estudo de caso, o objetivo do pesquisador é expandir e generalizar teorias e não enumerar frequências, ou seja, trata-se de generalização analítica e não generalização estatística (YIN, 2015). Nesse sentido, Stake (1995) destaca que o estudo de caso não é uma investigação baseada em amostragem e, dessa forma, não se estuda um caso para compreender outros, mas para compreender o próprio caso.

O setor escolhido para fazer parte desta pesquisa é o de serviços hospitalares, seguindo algumas premissas de Wang e Ahmed (2007) na seleção de organizações de grande porte e atuantes de longa data, por considerar que as capacidades dinâmicas se desenvolvem ao longo de sua trajetória. Nesse sentido, foram selecionados dois hospitais maiores e mais antigos do município de Passo Fundo-RS.

Outra premissa para que a empresa desenvolva capacidades dinâmicas, segundo Wang e Ahmed (2007), é sua atuação em um mercado dinâmico. A escolha do setor hospitalar também se encaixa nesta premissa, visto que os hospitais atuam em um ambiente totalmente dinâmico, devido à epidemiologia, que é o surgimento de novos tipos de doenças, as atualizações tecnológicas, que são constantes, além dos órgãos reguladores aos quais os hospitais precisam adaptar-se constantemente.

A escolha das organizações hospitalares pode ser classificada como não probabilística, na qual a seleção realizou-se por acessibilidade e conveniência. Quanto à escolha do município de Passo Fundo, foi intencional, devido sua posição como polo regional de saúde. Optou-se por selecionar dois hospitais, os mais antigos, considerando os hospitais que possuem o mesmo objetivo, ou seja, hospital clínico geral, uma vez que o município conta com nove hospitais, porém cada um com suas especificidades (exemplo: hospital de olhos, hospital psiquiátrico, hospital ortopédico).

Os hospitais selecionados possuem certificado como hospital de ensino pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), mantendo convênio com universidades, portanto possuem centros de pesquisas e tecnologias, caracterizando-se como organizações complexas e altamente dinâmicas. Essas organizações possuem grande representatividade tanto econômica, quanto social para a região, além de se constituírem como hospitais filantrópicos. A fim de preservar a identidade dessas organizações, elas são identificadas por nomes fictícios, como Hospital Beta e Gama. Da mesma forma, instituições

concorrentes dos hospitais na oferta de alguns serviços, tiveram seus nomes substituídos por letras (Clínica X e Clínica Y; Instituto Z).

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa são as pessoas responsáveis pelo fornecimento dos dados que o pesquisador necessita para realização do estudo. Nesta pesquisa, foram entrevistados os cargos estratégicos das organizações, que possuem envolvimento com o objeto de pesquisa, por entender que eles são os responsáveis pelas decisões estratégicas e pelo desenvolvimento das capacidades dinâmicas.

Essa definição ocorreu juntamente com os diretores administrativos dos hospitais ao analisar as questões que impactam diretamente na área estratégica. A participação dos gestores formalizou-se pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no apêndice C. Dessa forma, o perfil dos entrevistados consta no Quadro 10, bem como os códigos (conforme a nomenclatura gerada pelo Software Atlas/TI, explicada no item 3.5) que serão utilizados para identificá-los na análise dos dados.

Quadro 10 – Caracterização dos entrevistados

Organização	Cargo	Código	Tempo de atuação
Hospital Beta	Diretor Administrativo/Financeiro	P1	41 anos
	Gerente de Enfermagem	P2	25 anos
	Gerente de Marketing	P3	6 anos
	Gerente de RH	P4	42 anos
Hospital Gama	Gerente de Enfermagem	P5	14 anos
	Coordenador Financeiro	P6	19 anos
	Administrador	P7	20 anos
	Engenheiro Clínico	P8	21 anos
	Jornalista	P9	2 anos
	Psicóloga	P10	2 anos

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

3.4 COLETA DE DADOS

As técnicas de coleta de dados devem ser escolhidas pelo pesquisador e aplicadas de acordo com o contexto da pesquisa. Neste estudo os instrumentos de coleta de dados que foram utilizados para alcançar os objetivos da pesquisa compreendem a coleta em fontes de dados primários, por meio de entrevistas e fontes secundárias, através de pesquisa bibliográfica e pesquisa documental.

A técnica de coleta de dados por meio de entrevistas é uma das mais utilizadas no âmbito das ciências sociais (GIL, 2002; MINAYO, 2003). Nesse sentido, para realização deste estudo foi utilizado um roteiro de entrevista estruturada, na qual o pesquisador segue um roteiro estabelecido previamente, com perguntas predeterminadas (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Os dados secundários foram coletados por meio da análise de documento e fontes bibliográficas. A análise de documentos foi realizada por meio de documentos, manuais, procedimentos e relatórios disponibilizados pelos hospitais. Os documentos são considerados importantes fontes de dados, servindo também para outros estudos qualitativos (GODOY, 1995).

Para Ludke e André (2013), a análise documental constitui-se uma técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, que pode ser utilizada tanto para complementar informações obtidas por outras técnicas, quanto para desvelar novos aspectos de um tema ou problema. Neste caso, a pesquisa documental foi utilizada para complementar a técnica da entrevista.

Ainda com relação aos dados secundários, realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre o tema em artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais. Tais dados estão disponibilizados nas bases de dados do Portal de Periódicos da Capes, SCOPUS, SCIELO, SPELL, anais de eventos da ANPAD, livros, anuários da saúde e *sites* das organizações hospitalares pesquisadas.

A seguir apresenta-se a elaboração do instrumento de coleta de dados, bem como o pré-teste do mesmo e a descrição de como ocorreu a coleta nesta pesquisa.

3.4.1 Instrumento de coleta de dados

A elaboração do instrumento de coleta de dados (Apêndice B), de acordo com os objetivos desta pesquisa, seguiu o recorte conceitual apresentado na Figura 4 (p. 63). Dessa forma, para analisar o dinamismo do ambiente hospitalar, foram elaboradas questões com base na literatura estudada de Wang e Ahmed (2007).

No que tange aos elementos componentes e mecanismos de desenvolvimento da capacidade absorptiva, optou-se por adaptar os instrumentos de coleta de Camisón e Forés (2010) e Flatten *et al.* (2011), por utilizarem as dimensões propostas por Zhara e George (2002), já que fazem parte do recorte da pesquisa. Esses instrumentos já foram utilizados nos estudos de Cruz (2011), Santos (2015), Oliveira (2016), Silva (2016), Rosa (2016) e Cappellari (2017), o que aumenta sua validade para a pesquisa.

Quanto ao instrumento de pesquisa relativo aos elementos componentes e mecanismos geradores de capacidade de inovação, foram adaptados os instrumentos quantitativos de Wang e Ahmed (2004) e Liao, Fei e Chen (2007), de modo a tornar as questões qualitativas. O instrumento de Wang e Ahmed (2004) também foi utilizado nos estudos de Silva (2016), Rosa (2016) e Cappellari (2016), apresentando maior confiabilidade e validade.

O instrumento de coleta foi validado por dois especialistas experientes na área hospitalar – um diretor administrativo de um hospital e um gestor administrativo. Foi solicitada a verificação dos especialistas quanto à clareza e compreensão das questões e também quanto à adequação à realidade da área hospitalar. A linguagem de algumas questões foi modificada e, depois, foi realizado o pré-teste no instrumento de coleta.

3.4.2 Pré-teste e aplicação do instrumento de coleta de dados

O pré-teste foi realizado junto ao Hospital de Caridade de Carazinho (HCC), visando identificar possíveis falhas ou inconsistências e repetição nas questões, bem como a melhor forma de aplicação do instrumento. O objetivo principal do pré-teste é a possibilidade de aprimoramento do instrumento, visando aumentar a confiabilidade da pesquisa (MARTINS; THEÓPHILO, 2007).

A organização escolhida para aplicação do pré-teste e as informações obtidas não foram utilizadas nesta pesquisa. O critério de seleção desta organização foi por ser um hospital filantrópico, visto que as organizações participantes desta pesquisa possuem essa característica e, dessa forma, são regidos pelas mesmas regulamentações e legislações.

Antes de iniciar a coleta de dados do pré-teste, em conjunto com a gerente institucional, foi analisado o organograma do HCC para identificação dos cargos estratégicos que deveriam fazer parte da pesquisa. A partir disso, foram entrevistados o diretor geral, o administrador, a gerente assistencial, a gerente institucional e o gerente financeiro.

A realização do pré-teste permitiu identificar e ajustar questões em duplicidade e questões com a mesma intenção de pergunta, além de permitir juntar algumas questões que se complementavam, demandando menos tempo do entrevistado e evitando obter a mesma resposta em mais de uma questão.

Algumas categorias, definidas *a priori*, que não estavam de acordo com suas respectivas questões também foram ajustadas com o pré-teste. Os quadros apresentados no Apêndice A mostram as questões durante e após o pré-teste, bem como suas respectivas categorias.

As questões estão divididas em três blocos e são assim explicadas:

1) Identificação do dinamismo do ambiente

Não foi necessário realizar nenhuma alteração, pois, pelos relatos dos entrevistados, percebe-se que estão adequadas para responder ao dinamismo do ambiente e suas oportunidades e ameaças dentro do setor.

2) Elementos componentes e mecanismos da capacidade absorptiva

A questão número 2.1 foi alterada, visto que não respondeu à categoria de aproveitamento de oportunidades. Dessa forma, a questão foi adaptada e também foi possível perceber que no momento no qual os entrevistados a responderam, automaticamente também responderam aos mecanismos e às rotinas que utilizam para essa busca. Então, nessa questão foi incorporada a questão 2.7.

A questão número 2.2 teve sua categoria modificada de “autonomia” para “incentivo aos colaboradores utilizar informações externas”, o que ficou claro nos relatos dos entrevistados. E a questão número 2.4 foi alterada para facilitar o entendimento dos entrevistados.

A questão 2.5 mostra que, além do *feedback* dos clientes e fornecedores, a organização pode ter também a habilidade de aproveitar os *feedbacks* dos colaboradores, e a questão já responde as rotinas de *feedback* e os mecanismos. Na questão 2.6 percebeu-se que as rotinas expostas por Camargo (2012) não são apenas as voltadas à inovação, mas se referem a todas as rotinas e os processos documentados que a empresa possui.

Além disso, as respostas da questão 2.6 já contemplavam as normas, então se optou por juntar a questão 2.9, a fim de evitar respostas repetitivas, sendo esta última eliminada e a numeração readequada.

A questão número 2.11 foi aprofundada, para torná-la mais clara e facilitar seu entendimento e foi incorporada a questão 2.22, já que ambas as categorias tratam de acesso aos níveis decisórios e participação dos colaboradores na tomada de decisão.

A questão 2.12 foi modificada para contemplar também a 2.20, uma vez que ambas envolvem a troca de experiências e colaboração entre os departamentos, também a questão dos mecanismos e rotinas.

A questão 2.14 também foi modificada, de modo a incorporar também a questão 2.24, pois, na medida em que os gestores respondiam sobre a importância da comunicação, automaticamente já respondiam os mecanismos de TIC.

A questão 2.15 incorporou a questão 3.15 das rotinas da capacidade de inovação de processos, visto que ambas as questões apresentaram a mesma resposta e tratam de avaliações das necessidades dos clientes.

A questão 2.25 foi adaptada, a fim de melhorar a compreensão dos entrevistados, e a questão 2.27 foi aprofundada, pois notou-se que o objetivo não era apenas saber se a organização tinha o setor de P&D mas se tinha a habilidade de desenvolver projetos (Apêndice A).

3) Elementos componentes e mecanismos de capacidade de inovação

A questão número 3.2 foi alterada, incorporando a questão 3.7, visto que esta aborda a utilização de tecnologia, enquanto aquela aborda o desenvolvimento de novos processos e serviços, de maneira que se complementam.

A questão número 3.3 foi excluída, pois se percebeu que não faz sentido questionar a importância do serviço hospitalar para a comunidade, já que ela é vital.

Na questão número 3.8 foram incorporadas as questões número 3.9 e 3.10, pois todas tratam de programas e estratégias de marketing e, portanto, juntar as três questões facilita a aplicação e evita respostas repetitivas;

A questão 3.14 foi eliminada, pois a categoria de desenvolvimento de projeto-piloto é respondida pela questão 2.29 da ACAP, e a questão 3.15 também foi excluída, visto que é respondida com a 2.15 da ACAP, pois ambas tratam de rotinas de mudanças para adaptar-se às necessidades dos clientes.

A questão 3.18 foi alterada e simplificada a fim de facilitar a aplicação, pois é continuação da questão 3.17.

A questão 3.21 foi adaptada, já que parte da pergunta consta na questão 2.8 da ACAP (Apêndice A).

As questões que foram incorporadas, complementadas ou excluídas não alteram suas categorias, apenas respondem a mais de uma categoria. Após a realização de todos os ajustes e exclusões necessárias, a numeração das questões foi reordenada, conforme consta no roteiro de entrevista no Apêndice B.

As entrevistas foram realizadas nos próprios hospitais, previamente agendadas e aplicadas no período de agosto a novembro de 2016. Elas foram realizadas individualmente com o gestor de cada área, totalizando dez entrevistas. A duração média de cada entrevista variou entre 40 e 60 minutos, sendo todas gravadas, mediante autorização prévia dos entrevistados e posteriormente transcritas.

Para realização da pesquisa, inicialmente obteve-se autorização dos diretores administrativos dos hospitais Beta e Gama mediante assinatura do termo de autorização da pesquisa. No momento da realização das entrevistas com cada um dos participantes, foi solicitada leitura prévia do Termo de Consentimento de Livre Esclarecimento (Apêndice C) e posterior assinatura.

3.5 PLANO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Após a coleta de dados deve ser realizada sua interpretação e análise. Para Yin (2015), a análise de dados qualitativos em estudo de caso consiste em examinar, categorizar, classificar e recombina evidências qualitativas.

A técnica utilizada para análise e interpretação dos dados desta pesquisa foi a análise de conteúdo. Segundo Bardin (2002), a análise de conteúdo é como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam inferir conhecimentos referentes à recepção dessas mensagens.

Segundo Mozzato e Grzybovski (2011), a análise de conteúdo conquista cada vez mais legitimidade nas pesquisas qualitativas no campo da Administração e tem evoluído em virtude da sua preocupação com o rigor científico. Além disso, consiste numa técnica refinada, que exige dedicação, paciência e tempo do pesquisador, que precisa de intuição, imaginação e criatividade, principalmente na definição das categorias de análise.

A análise de conteúdo, de acordo com Bardin (2002), envolve três diferentes fases: a) pré-análise, em que o material é coletado e organizado para análise; b) exploração do material, que consiste nas operações de codificação, classificação e categorização dos dados com base nas regras previamente formuladas; c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação, que consiste na condensação dos resultados e informações fornecidas pela análise a partir de quadros de referência.

As categorias deste estudo foram definidas *a priori*, com base no referencial teórico abordado e nos resultados da pesquisa de Camargo (2012), visando definir as categorias de comportamentos e habilidades, processos e rotinas e mecanismos de aprendizagem e governança. A definição das categorias dos mecanismos da capacidade absorptiva também teve base nos resultados dos estudos de Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005), Tu *et al.* (2006), Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia e Fernández-de-Lucio (2008), Murovec e Prodan (2009), Santos (2015) e Brancher (2016).

As categorias para dinamismo do ambiente são apresentadas no Quadro 11

Quadro 11 – Categorias para dinamismo do ambiente

CONSTRUCTO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO TEÓRICA	AUTORES
Dinamismo do ambiente	Mudanças no ciclo econômico	Alterações no ciclo de negócios; padrões de gastos e; renda do consumido.	HALL (2004); JANSEN, VAN DEN BOSCH; VOLBERDA (2005); WANG; AHMED (2007); CHURCHILL; PETER, (2012)
	Inovações tecnológicas	Exploração de novos domínios do conhecimento, buscando inovações que partem de tecnologias e mercados existentes; melhorar o valor oferecido ao cliente; conhecimento científico e pesquisas.	
	Mudanças Regulatórias	Mudanças em Leis e Regulamentos e autorregulamentações.	
	Competição	Maior desempenho na oferta de produtos e serviços que o mercado valorize e busca de maior desempenho que os concorrentes.	

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

Nos quadros 12, 13 e 14 constam, respectivamente, as categorias para comportamentos e habilidades das dimensões da capacidade absorptiva, para rotinas e processos das dimensões da capacidade absorptiva e para mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento das dimensões da capacidade absorptiva.

Quadro 12 – Categorias para comportamentos e habilidades das dimensões da capacidade absorptiva

DIMENSÕES	CATEGORIAS	AUTORES
Aquisição	Capacidade de aproveitar oportunidades; Capacidade de a organização entender a mudança	TEECE, 2007; FLATTEN <i>et al.</i> , 2011; CAMARGO, 2012.
	Incentivo aos colaboradores utilizar informações externas	FLATTEN <i>et al.</i> 2011; SANTOS, 2015.
	Comportamento de entender a mudança como algo normal; incentivo a mudança	ANDREEVA; CHAIKA, 2006; MUROVEC; PRODAN, 2009; SANTOS, 2015.
	Habilidade de a organização aproveitar <i>feedback</i> (trata-se de clientes, fornecedores e colaboradores)	CAMARGO, 2012.
Assimilação	Acesso aos níveis decisórios (estrutura organizacional que favorece a permuta de conhecimento e a participação dos funcionários na tomada de decisão)	JANSEN, VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005; CAMARGO, 2012.
	Troca de experiências entre funcionários e negociação	FLATTEN <i>et al.</i> 2011; CAMARGO, 2012.
	Comunicação – habilidade de comunicar-se com o cliente interno e com o cliente externo	ANDREEVA; CHAIKA, 2006; CAMARGO, 2012.
	Diversidade (constituição de equipes diversificadas)	JANSEN, VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005; CAMARGO, 2012; OLIVEIRA, 2016.
	Entendimento das necessidades do cliente; Orientação para o cliente	JANSEN, VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005; CAMARGO, 2012.

(Continua)

DIMENSÕES	CATEGORIAS	AUTORES
Transformação	Compartilhamento de objetivos e experiências (capacidade os grupos de trabalho ter objetivos compartilhados)	FLATTEN <i>et al.</i> 2011; CAMARGO, 2012.
	Conectividade (confiança, cooperação, interação e colaboração)	JANSEN, VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005; VERSIANI <i>et al.</i> 2010.
	Aceitação de propostas (capacidade de aceitar propostas feitas pelos funcionários); liberdade de opinião	JANSEN, VAN DEN BOSCH E VOLBERDA, 2005; CAMARGO, 2012.
Aplicação	Habilidade de desenvolvimento de projetos	VEGA-JURADO; GUTIÉRREZ-GRACIA; FERNÁNDEZ-DE-LUCIO, 2008; CAMARGO, 2012.
	Habilidade de trabalhar com novas tecnologias	FLATTEN <i>et al.</i> , 2011; SANTOS, 2015

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Quadro 13 – Categorias para rotinas e processos das dimensões da capacidade absorptiva

DIMENSÕES	CATEGORIAS	AUTORES
Aquisição	Rotinas de controle Rotinas bem definidas	JANSEN, VAN DEN BOSCH E VOLBERDA, 2005; VEGA-JURADO; GUTIÉRREZ-GRACIA; FERNÁNDEZ-DE-LUCIO, 2008; CAMARGO, 2012.
	Rotinas de estabelecimento de padrões operacionais	CAMARGO, 2012
	Rotinas de receber <i>feedback</i>	
	Rotinas de busca de informações externas: pesquisas de mercado, satisfação de clientes, empregados; rotinas de avaliação das necessidades de mudanças na empresa	TU <i>et al.</i> 2006; CAMARGO, 2012.
	Rotinas de Investimento em Pesquisa e Desenvolvimento	MUROVEC; PRODAN, 2009; CAMISÓN; FÓRES, 2010; SILVA, 2016.
Assimilação	Rotinas de discussão para obtenção de soluções de problemas e novas situações	FLATTEN <i>et al.</i> 2011; CAMARGO, 2012.
	Rotina de rodízio de pessoas entre funções chave da empresa	FLATTEN <i>et al.</i> 2011; CAMARGO, 2012; SANTOS, 2015.
Transformação	Rotinas de qualificação de pessoal, treinamento de profissionais	MUROVEC; PRODAN, 2009; FLATTEN <i>et al.</i> 2011; CAMARGO, 2012.
	Rotina de rodízio de pessoas entre funções chave da empresa	FLATTEN <i>et al.</i> 2011; CAMARGO, 2012; SANTOS, 2015.
Aplicação	Desenvolvimento de novos serviços, processos, projetos de novos serviços e projetos-piloto.	FLATTEN <i>et al.</i> 2011; CAMARGO, 2012.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Quadro 14 – Categorias para mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento das categorias da capacidade absorptiva

DIMENSÕES	CATEGORIAS	AUTORES
Aquisição	Mecanismos de busca: pesquisas; aquisição de empresas; contratação de profissionais qualificados; interação com o cliente	FLATTEN <i>et al.</i> 2011; CAMARGO, 2012.
	<i>Feedback</i>	CAMARGO, 2012
	Padrões, normas e procedimentos	JANSEN, VAN DEN BOSCH E VOLBERDA, 2005; VEGA-JURADO; GUTIÉRREZ-GRACIA; FERNÁNDEZ DE LUCIO, 2008; VERSIANI <i>et al.</i> , 2010; CAMARGO, 2012.
	Interação informal com outras organizações	TU <i>et al.</i> 2006; OLIVEIRA, 2016.
Assimilação	Rotação de funções/tarefas	JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005; FLATTEN <i>et al.</i> 2011; SANTOS, 2015.
	Discussões; Mecanismos de integração social; reuniões	VEGA-JURADO; GUTIÉRREZ-GRACIA; FERNÁNDEZ-DE-LUCIO, 2008; SANTOS, 2015.
	<i>Benchmarking</i> industrial	CAMISIÓN; FORÉS, 2010; CRUZ, 2011.
	Interface entre função (time, força, tarefa); grupos de trabalho para o desenvolvimento de projetos ou atividades não rotineiras	JANSEN, VAN DEN BOSCH E VOLBERDA, 2005; CRUZ, 2011; CAMARGO, 2012.
Transformação	Interface entre função (time, força, tarefa)	JANSEN, VAN DEN BOSCH E VOLBERDA, 2005; CRUZ, 2011; CAMARGO, 2012.
	Utilização de tecnologia da informação	CAMISÓN; FORÉS, 2010; CEPEDA-CARRION <i>et al.</i> 2012; OLIVEIRA, 2016.
	Táticas de socialização (compartilhamento de experiências)	ZAHRA; GEORGE, 2002; JANSEN, VAN DEN BOSCH E VOLBERDA, 2005; SANTOS, 2016.
	Rotação de funções/tarefas	JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005; FLATTEN <i>et al.</i> , 2011; SANTOS, 2015.
	Treinamentos	MUROVEC; PRODAN, 2009; FLATTEN <i>et al.</i> 2011; CAMARGO, 2012.
	Endomarketing (Comunicação)	TU <i>et al.</i> 2006; CAMARGO, 2012.
Aplicação	Táticas de socialização (compartilhamento de experiências)	ZAHRA; GEORGE, 2002; JANSEN, VAN DEN BOSCH E VOLBERDA, 2005; SANTOS, 2016.
	Padrões, normas e procedimentos	JANSEN, VAN DEN BOSCH E VOLBERDA, 2005; VEGA-JURADO; GUTIÉRREZ-GRACIA; FERNÁNDEZ-DE-LUCIO, 2008; VERSIANI <i>et al.</i> 2010; CAMARGO, 2012.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Algumas categorias se repetem em mais de uma das dimensões da capacidade absorptiva, de acordo com os autores pesquisados. Além disso, algumas podem ser

classificadas tanto como um comportamento e habilidade, como processos e rotinas e/ou mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento. Dessa forma optou-se por apresentar apenas uma vez as falas quando se trata de categorias repetidas e, nesses casos, serão apenas apresentadas as categorias.

A definição das categorias da capacidade de inovação foi baseada no referencial teórico, além de categorias encontradas *a posteriori* em resultados dos estudos de Camargo (2012); Costa (2013) e Silva (2016). As categorias são descritas nos Quadros 15, 16 e 17, referentes aos comportamentos e habilidades, processos e rotinas e mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento das dimensões da capacidade de inovação, respectivamente.

Quadro 15 – Categorias para comportamentos e habilidades das dimensões da capacidade de inovação

DIMENSÕES	CATEGORIAS	AUTORES
Inovação em serviços	Habilidade criativa	WANG; AHMED, 2004; CAMARGO, 2012.
	Agilidade em inovar	WANG; AHMED, 2004.
Inovação de mercado	Educação do mercado	WANG; AHMED, 2004.
	Tecnologia de ponta	WANG; AHMED, 2004; CAMARGO, 2012.
Inovação de processo	Capacidade de introduzir novos métodos para realização dos processos e serviços	WANG; AHMED, 2004.
	Capacidade de introduzir novos equipamentos para prestação de serviços	WANG; AHMED, 2004; LIAO; FEI; CHEN, 2007.
	Novas abordagens de gestão	WANG; AHMED, 2004.
Inovação comportamental	Comprometimento com a mudança	WANG; AHMED, 2004; CAMARGO, 2012.
	Cultura organizacional para inovação	WANG; AHMED, 2004.
Inovação estratégica	Capacidade de assumir riscos	WANG; AHMED, 2004.
	Soluções em tecnologias inovadoras	
	Habilidade de gerar soluções para problemas complexos	WANG; AHMED, 2004; ANDREEVA; CHAIKA, 2006.
	Capacidade de gerenciar objetivos organizacionais	WANG; AHMED, 2004.

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

Quadro 16 – Categorias para processos e rotinas das dimensões da capacidade de inovação

DIMENSÕES	CATEGORIAS	AUTORES
Inovação em serviços	Rotinas de desenvolvimento de novos projetos, serviços e processos	CAMARGO, 2012; COSTA, 2013.
Inovação de mercado	Rotinas de marketing	WANG; AHMED 2004; CAMARGO, 2012.
Inovação de processos	Projetos-pilotos	MCKELVIN; DAVIDSSON, 2009; CAMARGO, 2012.
	Rotinas de avaliação de necessidades de mudanças	WANG; AHMED, 2004; CAMARGO, 2012.
Inovação comportamental	Motivação da inovação	WANG; AHMED, 2004; COSTA, 2013.
Inovação estratégica	Rotinas de estrutura organizacional para inovação	COSTA 2013.

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

Quadro 17 – Categorias para mecanismos de governança do conhecimento das dimensões da capacidade de inovação

DIMENSÕES	CATEGORIAS	AUTORES
Inovação em serviços	Mecanismos de controle (desempenho, qualidade e pesquisa de satisfação de clientes)	WANG; AHMED, 2004; CAMARGO, 2012.
Inovação de mercado	Interação com o cliente e pesquisas de mercado	CAMARGO, 2012.
	Adoção de novos programas de marketing	WANG; AHMED, 2004.
	Mecanismo de suporte técnico para realização das mudanças nos processos de realização de serviços	LIAO; FEI, CHEN, 2007; CAMARGO, 2012.
Inovação Comportamental	Sinergia do grupo	WANG; AHMED, 2004.
Inovação estratégica	Experimentação e aprendizado prático	CAMARGO, 2012.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

A análise dos dados que foram coletados nas organizações hospitalares foi realizada com base nas etapas descritas e nas categorias definidas *a priori*, não descartando o surgimento de novas categorias ao longo das análises dos dados. Além disso, para aumentar a confiabilidade dos dados foi utilizado o software Atlas/TI. O objetivo do software é auxiliar a compreensão dos dados para descoberta de fenômenos complexos, que, possivelmente, não seriam detectáveis na simples leitura do texto e na técnica tradicional de tratamento dos dados manualmente (QUEIROZ; CAVALCANTE, 2011).

Os principais elementos constitutivos do software Atlas/TI, de acordo com Bandeira-de-Melo (2010), são relacionados a seguir:

- a) Unidade hermenêutica (*Hermeneutic unit*): inclui todos os documentos e dados empregados no documento de pesquisa e os demais elementos.

- b) Documentos primários (*Primary documents ou P-docs*): são os dados primários coletados, os documentos que serão analisados no projeto. Esses dados, em geral, são as transcrições das entrevistas, notas de campo, os quais suportam também figuras, áudios e vídeos. Os documentos primários são denominados Px, onde x é o número de ordem deles.
- c) Citações (*Quotes*): citações (trechos dos documentos e entrevistas) importantes para a pesquisa e que o pesquisador deseja utilizar para análise, indicando a ocorrência de código. Sua referência na citação apresenta-se pelo número do documento primário, seguido de seu número de ordem dentro do documento.
- d) Códigos (*Codes*): referem-se a conceitos ou categorias geradas pelas interpretações do pesquisador. Esses códigos representam o trabalho de abstração/interpretação realizado pelo pesquisador a respeito dos dados e informações coletados. Sua referência é formada por dois números – o primeiro referente ao número de citações ligadas ao código e o segundo ao número de códigos associados.
- e) Notas de análise (*Memos*): registram interpretações do pesquisador e seus *insites* ao longo da análise.
- f) Esquemas gráficos (*Netview*): são representações gráficas das associações entre os códigos, auxiliando o gerenciamento da complexidade do processo de análise.
- g) Comentários (*Comment*): podem estar presentes em todos os elementos constitutivos, sendo utilizados para registrar informações sobre seus significados, bem como registrar o histórico da importância do elemento para a análise em desenvolvimento.

As entrevistas transcritas foram carregadas no *software* como documentos primários e identificadas no decorrer da análise como entrevistado (a) P1 a P10, visto que são 10 entrevistas. Esses códigos seguem a denominação do *software* e o número de ordem com o qual as entrevistas foram nele incluídas.

Após a inclusão das entrevistas, foram incluídas as categorias de análise, denominadas *codes* no software Atlas TI, para análise do dinamismo do ambiente e para os elementos componentes e mecanismos das dimensões de cada uma das capacidades dinâmicas estudadas.

E, além disso, com a identificação das citações (*quotes*) pertencentes a cada categoria (*codes*), foi possível desenvolver esquemas gráficos (*Netview*) visando contribuir com a análise e interpretação dos resultados da pesquisa. Esses esquemas são apresentados no final de cada categoria, na análise, contando o resumo das citações relatadas.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta a análise dos resultados das organizações estudadas, com base nas entrevistas realizadas e pesquisa documental, organizado a partir das categorias da pesquisa. Inicialmente apresenta-se a caracterização dos hospitais que participaram desta pesquisa. Na sequência aborda-se o dinamismo do ambiente hospitalar, detalhando os fatores que o compõem. Posteriormente, descreve-se como ocorre o processo de desenvolvimento da capacidade absorptiva, por meio de elementos componentes e mecanismos. Por fim, são evidenciados os elementos componentes e os mecanismos da capacidade de inovação.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS

Nesta seção apresenta-se um breve histórico das duas organizações hospitalares que fizeram parte desta pesquisa.

4.1.1 Hospital Beta

O Hospital Beta, um hospital quase centenário, fundado em 1918, nasceu da necessidade pela qual a humanidade estava passando – a pandemia do vírus influenza espanhola, que vitimou milhares de pessoas em todo o mundo e caracterizou um momento muito conturbado na história.

O Hospital Beta iniciou com uma estrutura precária, camas de ferro e uma sala de cirurgia, uma casa para isolamento de doentes, mantendo-se com doações. Atualmente é o maior hospital do interior do Estado do Rio Grande do Sul (RS). O complexo hospitalar ultrapassou 50 mil metros quadrados de área construída, conta com uma estrutura de 631 leitos para internação, 123 leitos de apoio e emprega 3.144 pessoas, entre as diversas atividades e especialidades. Além disso, o Hospital Beta mantém como atividade secundária uma escola técnica de Enfermagem, com objetivo de formar mão de obra e qualificar profissionais para a própria instituição. Mantém também uma escola de educação infantil para atender gratuitamente filhos de funcionários, crianças de zero a cinco anos de idade.

A marca desse hospital está atribuída às ações de acompanhar as mudanças em meio à rápida evolução da Medicina. É um hospital completo nas áreas em que atua: medicina de alta complexidade; internações hospitalares; serviços ambulatoriais; centro de oncologia; transplantes e engenharia biomédica.

O hospital tem como um de seus princípios o pioneirismo em novas tecnologias e serviços de saúde, a visão de “ser referência no Sul do país pela excelência e liderança em serviços de saúde”. Sua missão é “promover serviços e soluções de excelência em saúde de forma sustentável, para melhorar a qualidade de vida das pessoas”.

Além disso, o hospital é certificado pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Ministério da Saúde (MS) como hospital de ensino, mantendo convênio com instituições de Ensino Superior. Atualmente disponibiliza 72% da capacidade instalada e de seus leitos para o Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se como um hospital filantrópico, visto que o atendimento aos mais pobres faz parte da essência na qual o hospital foi criado.

4.1.2 Hospital Gama

O Hospital Gama, hospital mais antigo do município de Passo Fundo, iniciou suas atividades em 1914, com outro nome. Em 1918, devido à pandemia da gripe Espanhola, foi construído um anexo provisório ao hospital que estava em construção, para acolher os doentes mais pobres. No decorrer do tempo, a área física do hospital foi sendo ampliada e, no ano de 1960, foi adotada a denominação atual, identificada, neste estudo, como Hospital Gama.

Em 1989, o Hospital Gama fez um convênio com o Hospital Psiquiátrico. Dois anos depois, esse hospital é incorporado ao Gama, fazendo parte de sua estrutura, tornando-o um dos maiores complexos hospitalares do Estado do RS.

Atualmente o Hospital Gama conta com uma estrutura de 204 leitos, sendo 126 para o SUS e 26 para cuidados intensivos. Assim, emprega aproximadamente 62% de sua estrutura em atendimento ao SUS, seguindo a regulação da filantropia. O Hospital Psiquiátrico possui uma estrutura física separada e, como se trata de um hospital especializado, não fez parte dessa pesquisa.

O Hospital Gama é referência para atendimento de procedimento de alta complexidade em ortopedia e traumatologia, neurocirurgia, terapia substitutiva renal, oncologia e hemodinâmica. Mantém uma escola de Educação Profissional, que, desde 1939 forma técnicos em Enfermagem. Além disso, a Instituição mantém, desde 1991, uma creche para os filhos de funcionários.

O hospital tem como missão “promover melhorias na qualidade de vida das pessoas, por meio de ações integradas de assistência à saúde, ensino e pesquisa”. Sua visão é “ser referência em qualidade na assistência hospitalar, na formação de recursos humanos e na geração de novos conhecimentos”. Seus princípios são: comprometimento com atenção e

cuidado altamente qualificado e humanizado; ética respeitando os aspectos físico, psíquico social e espiritual; qualidade buscando satisfação das pessoas; garantia da segurança das pessoas envolvidas em todos os processos, utilizando métodos e tecnologias eficientes; sustentabilidade e valorização das pessoas.

O hospital tem certificado de hospital de ensino junto ao MEC e ao Ministério da Saúde, mantendo convênio com instituições de ensino.

4.2 DINAMISMO DO AMBIENTE HOSPITALAR

Segundo dados da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), de 2016, nos últimos anos, enquanto o desempenho da economia brasileira vem passando por um período de desaceleração, o setor de saúde vem apresentando crescimento. Esse fator é decorrente, principalmente, do envelhecimento da população e, conseqüentemente, do acréscimo de doenças crônicas, aumentando cada vez mais a complexidade dos serviços prestados, bem como a tecnologia necessária para o tratamento dessas doenças.

A estimativa de crescimento da população idosa brasileira até 2050 é de 3,2% ao ano, enquanto a população total deve avançar 0,3% no mesmo período (ANAHP, 2014). Com o aumento da expectativa de vida da população, surgimento de novas tecnologias e serviços mais complexos, os hospitais são desafiados a investir em infraestruturas, porém os recursos são escassos e o cenário econômico está cada vez mais desfavorável.

Dois dos fatores que contribuíram para isso foram o aumento dos custos e as altas cargas tributárias, que levaram ao fechamento de 536 hospitais privados no Brasil, entre o período de 2010 a 2015. Os custos do setor hospitalar tiveram um aumento de 12% em 2015, enquanto as receitas cresceram abaixo da inflação (ANAHP, 2015).

Além disso, os altos custos geram perda de qualidade nos serviços prestados e reduzem a acessibilidade da população à assistência médica (CORRÊA, 2009). Esse fato pode ser confirmado pelo cenário econômico atual, em que 492 mil pessoas perderam seus planos de saúde devido ao desemprego. Segundo os dados, a maioria tinha planos empresariais (ANS, 2015).

As empresas veem-se obrigadas a reduzir seus custos para manter-se no mercado, e uma das formas é o corte do plano de saúde, além da redução do quadro de funcionários, o que também impacta em pessoas perdendo seus planos de saúde.

As organizações hospitalares são o centro do sistema de saúde no Brasil, respondendo por dois terços dos gastos do setor e liderando a prestação de serviços da área (LA FORGIA;

COUTTOLENC, 2009). O setor de saúde no Brasil movimenta aproximadamente 9% do PIB ao ano, o que representa R\$ 216 bilhões, colocando o país no sexto maior mercado do mundo no segmento (SETOR DE SAÚDE, 2016). Dos gastos no segmento de saúde, de acordo com dados da Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do Sul (FEHOSUL, 2015), cerca de R\$ 70 bilhões é movimentado pelo setor hospitalar no Brasil.

Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2015), o setor hospitalar no Brasil conta com 6.691 hospitais cadastrados. Destes, 2.858 são privados, 2.392 são públicos e 1.438 são filantrópicos, ou seja, hospitais privados sem fins lucrativos, tendo como principal comprador o SUS, fazendo com que 60% de sua capacidade seja destinada ao atendimento do SUS.

Além disso, possui três hospitais ligados a sindicatos. São 4.810 hospitais que realizam atendimentos pelo SUS (FBH, 2015). A maioria desses hospitais faz atendimento geral, com apenas 15% realizando atendimentos especializados. O Quadro 18 mostra o número de hospitais, por tipo, distribuídos por região do Brasil, com base nos estabelecimentos cadastrados no CNES de outubro de 2015.

Quadro 18 – Estabelecimentos por tipo e por região brasileira

Região	Público	Filantrópico	Privado	Sindicato	Total
Região Norte	308	26	206		540
Região Nordeste	983	200	739	3	1.925
Região Sudeste	545	753	1.054		2.352
Região Sul	253	375	469		1.097
Região Centro-Oeste	303	84	390		777
Total	2.392	1.438	2.858	3	6.691

Fonte: Datasul (CNES, out/15).

O setor hospitalar do país conta com 441.714 leitos, segundo dados do CNES, com base em outubro de 2015. Destes, 312.079 são destinados a pacientes do SUS, ou seja, 71% dos leitos (CNES, 2015). Esses leitos são distribuídos por todos os tipos de prestador – hospital público, filantrópico, privado e hospitais ligados a sindicatos. O Quadro 19 apresenta o número de leitos destinados a pacientes do SUS e o total de cada tipo de prestador por região do Brasil.

Quadro 19 – Leitos para internação por tipo de prestador e por região

Região	Público		Filantrópico		Privado		Sindicato		Total	
	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total
Região Norte	19.006	19.227	1.710	2.564	3.518	9.728			24.234	31.519
Região Nordeste	61.879	62.671	17.276	20.582	14.731	30.895	42	100	93.928	114.248
Região Sudeste	55.182	58.298	48.131	69.610	14.083	56.924			117.396	184.832
Região Sul	15.616	16.277	25.420	35.926	11.301	22.222			52.337	74.425
Região Centro-Oeste	14.151	14.508	5.872	7.782	4.161	14.400			24.184	36.690
Total	165.834	170.981	98.409	136.464	47.794	134.169	42	100	312.079	441.714

Fonte: Datasul (CNES out/15).

Em 2009, o segmento hospitalar era formado por 7.400 hospitais e 471 mil leitos (LA FORGIA; COUTOLENC, 2009). Comparando com dados de 2015, nota-se que houve redução nestes números, decorrente da situação econômica que o país vem enfrentando, com aumento dos custos, baixas das receitas e falta de recursos. Esses fatores levaram o setor a buscar alternativas para sobreviver, por meio de fusões e aquisições (FERREIRA JÚNIOR, 2011). A Lei número 13.097 de 19 de janeiro de 2015 autorizou aquisição e fusão de hospitais por investidores estrangeiros, como uma alternativa de sobrevivência.

Para La Forgia e Couttolenc (2009), os hospitais sem fins lucrativos e filantrópicos representam quase dois terços dos hospitais no Brasil. Essas organizações vêm sendo bastante afetadas, por precisar de recursos do governo e do SUS para manter-se. Além dos demais fatores que afetam todo segmento hospitalar, esses hospitais enfrentam mais um agravante, a falta de reajuste nas tabelas do SUS desde 2004.

Somente os hospitais filantrópicos, objeto deste estudo representam 21,5% do total do setor hospitalar. É um número bastante significativo, e 50% da capacidade desses hospitais dependem de recursos do SUS. Hospitais filantrópicos são regulamentados pela Lei número nº 1201/2009, que os obriga a destinar, no mínimo, 60% de sua oferta de prestação de serviços e leitos ao SUS.

A região Sul do país conta com 1097 hospitais, dos quais 375 são filantrópicos, representando 34% do total dos hospitais da região. Neste cenário está localizado o município de Passo Fundo, no Estado do Rio Grande do Sul, destacando-se como o terceiro Polo de Saúde do Sul do Brasil (ANUÁRIO DA SAÚDE, 2014).

De acordo com dados da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do RS (2016), essas organizações estão passando por dificuldades

financeiras devido à falta de remuneração justa por parte do governo federal. Também falta um calendário linear para os pagamentos dos estados, atrasando os repasses referentes à produção dos hospitais em 2014.

A partir de 2015, o Estado, que auxiliava, com um valor mensal, o cofinanciamento de custeio para os hospitais filantrópicos, beneficentes e Santas Casas, cortou essa verba. Esse valor, para todas essas instituições no RS, somaria R\$ 300 milhões no ano.

Dessa forma, essas organizações, atualmente, estão operando com déficit, e suas dívidas são históricas, pois seus custos continuam aumentando, e as receitas, por sua vez, estão cada vez menores. A dívida do Estado com relação a essas instituições é de R\$ 108 milhões, referente a programas não pagos de meses anteriores (FEDERAÇÃO RS, 2016).

Para os hospitais pesquisados, localizados no município de Passo Fundo, a situação não é diferente, ambos são instituições filantrópicas e estão passando pelas mesmas turbulências que afetam o setor de saúde no Estado e no País.

Quando questionados sobre o dinamismo do ambiente hospitalar, os entrevistados foram unânimes, afirmando que o hospital atua em um ambiente dinâmico. Os relatos que seguem demonstram essa constatação:

A dinamicidade da área da saúde ela é permanente, então se você não se atualizar com as tecnologias que hoje são apresentadas para área da saúde, você fica atrasado, então nós estamos sempre acompanhando (Entrevistado P1).

Eu vejo o ambiente muito dinâmico, o tempo todo, ainda mais na área de marketing a gente tem que estar ligado nas evoluções nas mudanças, na concorrência, no público interno, no público externo (Entrevistada P3).

Extremamente dinâmico porque qualquer variável que mude dentro, muda toda uma dinâmica em qualquer aspecto, financeiro, tem um lançamento novo de um equipamento que faz um procedimento de forma diferente, exames, então é muito dinâmico (Entrevistado P7).

A breve contextualização do setor hospitalar e das dificuldades enfrentadas por ambos os hospitais, confirmadas pelos gestores entrevistados, atesta que o ambiente onde eles estão localizados é dinâmico.

Dessa forma, para descrever melhor esse ambiente dinâmico, adota-se a perspectiva de Wang e Ahmed (2007), que o traduz em: (1) mudanças no ciclo econômico; (2) inovações tecnológicas; (3) mudanças regulatórias e; (4) competição com relação ao ambiente dos hospitais estudados.

4.2.1 Mudanças no ciclo econômico

As mudanças no ciclo econômico são identificadas pelo momento de incertezas que os hospitais estão passando, frente à crise econômica e política que assola o país. Nesse momento econômico, muitos hospitais reduziram seus leitos para atendimento ao SUS, principalmente no RS, onde houve atrasos nos repasses do Estado, além de cortes de verbas de cofinanciamento de custeio para essas instituições.

Conforme dados da Federação dos Hospitais (2016), os valores da tabela SUS não são corrigidos há 12 anos, e o Ministério de Saúde não tem previsão de reajuste. Em função desses fatores, de janeiro a novembro de 2016, 12,20% dos hospitais do RS reduziram seus leitos, 41,46% tiveram corte no seu quadro de funcionários e 20,73% reduziram internações (CMB, 2017).

A partir de 2015, em função da crise econômica, que refletiu diretamente na área da saúde, o Hospital Beta foi abalado com corte do IHOSP², incentivo da Secretaria Estadual de Saúde para complementar o custeio dos procedimentos de média complexidade.

Em consequência disso, houve uma redução em R\$ 11.498.361,60 das receitas do hospital. Dessa forma, o hospital teve que optar por recursos próprios para subsidiar suas atividades (RELATÓRIO SOCIAL, 2015).

Este fato, constatado em documentos, também é relatado pelos gestores entrevistados como uma ameaça:

Nós prestamos serviços, 70% da nossa capacidade instalada é para atender o SUS e o Sistema Único de Saúde está falido, o estado parou de pagar os incentivos que ele vinha pagando, em função da não atualização da tabela de preços. Nós atendemos, somos prestadores de serviços e nós recebemos pelo serviço prestado, só que os serviços eles nos pagam com uma defasagem de 540%, veja bem, desde 1994 a atualização da tabela foi 300% e a inflação foi de quanto? 500%, então nós acabamos tendo que trabalhar com valores totalmente defasados e a gente não atualizou mais isso. O governo dava um incentivo financeiro [...] desde 2014, 2015 o governo Estadual retirou esse incentivo, o hospital perdeu por mês 1 milhão de reais, então isso é uma ameaça forte de você ter que se manter mantendo um padrão de qualidade para atender o SUS, isso é uma dificuldade muito séria (Entrevistado P1).

[...] uma ameaça quando se diz respeito a SUS, porque não se paga o serviço, e uma das maiores portas de entrada é a emergência, o que entrou ali é SUS. Então o custo do paciente é muito mais alto do que a gente recebe, é uma ameaça para todo hospital, porque em 12 anos não tem reajuste, o custo tem que ser muito bem analisado, fazer uma balança, que se possa ganhar, por que é uma empresa, por mais que seja filantrópica tem que se manter (Entrevistada P3).

² O IHOSP – Incentivo de Co-financiamento da Assistência Hospitalar – refere-se a um incentivo do Estado do Rio Grande do Sul para hospitais filantrópicos, com objetivo complementar o custeio do conjunto dos procedimentos de média complexidade na assistência hospitalar.

O Hospital Gama também está com essa dificuldade financeira, conforme abordado nos relatos dos entrevistados. No entanto, não foi expresso em valores e nem encontrado em documentos o quanto o hospital deixou de receber em função da retirada da coparticipação do estado.

[...] a própria dificuldade do governo, a própria crise financeira, tudo isso interfere no nosso trabalho, as próprias tabelas que às vezes estão um pouco defasadas com relação aos convênios, o próprio SUS que deveriam mudar muito, então isso é uma coisa que a gente realmente tem uma mudança. [...] O SUS repassa, mas essas tabelas não são tabelas que são corrigidas com o decorrer do tempo, com o avanço de novas tecnologias, de novas patologias, de novos medicamentos (Entrevistada P6)

Outro fator que impacta diretamente nos hospitais é a queda da posse de planos de saúde, consequência da queda do PIB e da renda da população (IBGE, 2016), bem como o desemprego, causado pela recessão econômica do país. Essa situação gerou uma redução no número de pacientes privados e de rede suplementar e, conseqüentemente, um aumento de usuários do SUS (RELATÓRIO SOCIAL, 2015). Segundo dados da Anahp (2016), em 2015 houve uma redução de mais de 760 mil beneficiários de planos de saúde. Esse fato também é relatado nas entrevistas:

[...] Preocupa bastante é a dependência muito forte de prestar serviço só para o governo. Isso é uma ameaça, a clientela particular, ela está com pouca condição de fazer o pagamento das contas, as pessoas que tinham emprego, e que tinham plano de saúde, Unimed, IPÊ, e que perderam esses empregos, deixaram de pagar as contribuições da saúde instrumentaria, então em torno de 12% da população desempregada perdeu seu plano de saúde [...] (Entrevistado P1).

[...] essas próprias crises que estão tendo, essas crises financeiras realmente gera até uma redução dos próprios pacientes particulares (Entrevistada P6).

Com base nos relatos apresentados, percebe-se que as principais mudanças no ciclo econômico vêm ocorrendo em função da crise econômica que afetou todos os setores da economia, sendo necessária capacidade de busca, aprendizagem e adaptação a essas mudanças.

4.2.2 Inovações tecnológicas

Para Vecina Neto e Malik (2007), a tecnologia do setor de saúde é uma característica diferente de outros setores. Ela não vem em substituição à que estava sendo usada, mas para incorporar-se a ela e gerar sua própria demanda, além de suprir novas demandas.

As constantes novidades no meio tecnológico para diagnóstico e o tratamento das doenças tornam os equipamentos médicos cada vez mais eficientes. Conseqüentemente, a produção aumentou, e a comercialização motiva e pressiona as instituições de saúde a, constantemente, adquirir novas e melhores tecnologias (MACHRY, 2010).

As tecnologias no setor de saúde, de acordo com o Manual de Avaliação de Tecnologias de Saúde (2009), podem ocorrer em medicamentos, equipamentos e suprimentos, procedimentos médicos e cirúrgicos, sistema de suporte e sistemas gerenciais e organizacionais. Além disso, o objetivo das novas tecnologias no setor pode ser desde prevenção de doenças, triagem, buscando detectar doenças, anormalidades ou fatores de risco em pessoas assintomáticas, diagnóstico, buscando causas, natureza e extensão de doenças até o tratamento (BRASIL, 2009 a.).

Nesse contexto, os hospitais são os principais compradores e usuários de tecnologias médicas, afetando o desempenho financeiro e assistencial do sistema de saúde de um país (FRANCISCO, 2017). Para o autor, o investimento em novas tecnologias para um hospital tem um papel importante, em função de seu impacto organizacional em longo prazo sobre as finanças e a qualidade do serviço prestado.

Os hospitais são considerados centros de convergência de inovações tecnológicas desenvolvidas na indústria de equipamentos médico-hospitalares e farmacêutica (VARGAS, 2006). Nesse sentido, o ambiente hospitalar caracteriza-se pelo envelhecimento da população e mudança epidemiológica (ANAHP, 2015), ou seja, pelo surgimento de novas doenças, além das infecciosas, patologias crônicas, cardíacas, vasculares, neurológicas, entre outras, é propício a inovações tecnológicas. A frequência com que surgem novos tipos de doenças torna necessária constante adoção de novos procedimentos e tecnologias para diagnóstico e resolução do problema, que vem avançando nos últimos anos. Esse fato fica claro nos trechos das entrevistas:

A dinamicidade da área da saúde ela é permanente, então se você não se atualizar com as tecnologias que hoje são apresentadas para área da saúde, você fica atrasado, nós estamos sempre acompanhando. Na área, por exemplo, de formação de recursos humanos, os médicos estão buscando especialização, cursos fora, na área de equipamentos. Tudo que tem de mais moderno no parque tecnológico, nós procuramos trazer, na área de medicamentos, o que se usa hoje no mundo, nas principais doenças, no câncer, na área da cardiologia, enfim, nós procuramos também trazer pra cá (Entrevistado P1).

[...] a gente pode ver que cada vez estão tendo novas tecnologias no mercado, tecnologias de equipamentos, tudo isso, e a gente tem que estar sempre se adequando a isso [...] (Entrevistada P6).

[...] tem um lançamento novo de um equipamento que faz um procedimento de forma diferente, exames, então é muito dinâmico [...] a evolução tecnológica é uma ameaça, você acaba sucateando as coisas muito rápido (Entrevistado P7).

A evolução tecnológica, por mais que seja uma ameaça aos hospitais, por tornar seu ambiente extremamente dinâmico, fez com que os hospitais chegassem ao patamar no qual estão. Para MACHRY (2010), a tecnologia na Medicina é um elemento-chave que tornou possível o sucesso no tratamento de muitas doenças.

Esse avanço tecnológico, que tem levado à prevenção e também ao controle de doenças crônicas, bem como o aumento da população, gerou um aumento dos gastos com saúde como um todo, tornando o ambiente ainda mais complexo perante o cenário atual.

Além disso, com o aumento da epidemiologia de doenças, como o câncer, é necessária a atualização de pesquisas clínicas, a aquisição de novos equipamentos e tecnologias. Em função disso, ambos os hospitais possuem núcleos de pesquisas clínicas, mais especificamente oncológicos. É o que relatamos entrevistados:

Nós temos a pesquisa clínica, no caso, que daí são profissionais que trabalham aqui com a pesquisa [...] em oncologia um outro grupo para pesquisa em onco [...] (Entrevistada P2).

Nós temos a pesquisa clínica, mais específico na oncologia aqui, que tem uma viabilidade muito grande, nós temos muitos pacientes que fazem parte dos protocolos de pesquisa, então tem beneficiado muitas pessoas e também [...] (Entrevistada P5).

Os hospitais também estão sempre buscando novas tecnologias para melhorar os diagnósticos e tratamentos dos pacientes, como o caso da melhoria das tecnologias de hemodinâmica no Hospital Beta e a ampliação do setor de hemodinâmica no Hospital Gama. É o que evidenciam, na sequência, documento e relato:

O hospital realizou melhorias de infraestrutura e tecnologia na Hemodinâmica I. As dependências foram reformadas e o antigo equipamento foi substituído por um GE, modelo IGS530, que permite maior qualidade, precisão e segurança para procedimentos cardíacos, vasculares e neurológicos (RELATÓRIO SOCIAL, 2015 – HOSPITAL BETA).

[...] agora nós estamos ampliando a hemodinâmica, então nós estamos com outra máquina sendo instalada, que vai melhorar o serviço num todo, trazendo outros serviços no suporte. e então, com certeza, eu acho que sempre estamos tentando uma busca de melhoria tecnológica para melhorar o serviço dentro do hospital e atender melhor a população (Entrevistado P8).

Outra questão identificada nas entrevistas relaciona-se às novas tecnologias no ambiente, na estrutura física dos hospitais, a fim de se adequarem às exigências dos clientes e até para se tornarem mais competitivos. Esse fato foi relatado no Hospital Beta:

[...] a pessoa quer algo novo, a pessoa quer um ar condicionado split e não de caixa, e nós temos que adaptar isso nos quartos. A pessoa quer quase um hotel, está fazendo uma internação, mas ela quer, sendo uma qualidade maior de exigência, ela quer exigir mais também. Então as nossas oportunidades são grandes, mas as ameaças também, de ficar um tempo parado, olhando apenas para venda em si e não para o interno é muito grande, nós temos que ficar ligado muito nisso (Entrevistada P3).

Outros avanços tecnológicos que impressionam na área é a robotização de procedimentos e das tecnologias de diagnóstico junto às cirurgias. Esses procedimentos de cirurgia robótica vêm sendo estudados pelo Hospital Beta, porém ainda não foi implantado devido à situação econômica. O gestor Entrevistado P1 relata o fato:

[...] Agora até ontem nós tivemos aqui apresentação da cirurgia robótica, fazer cirurgia com um robô, então isso é uma tecnologia moderna que está aí de São Paulo, o Eistein tem o aparelho, nós já estamos começando a estudar isso, não que nós vamos implementar isso agora, é uma coisa muito cara [...] (Entrevistado P1).

Poucas tecnologias mostram-se como uma resposta definitiva para o problema de saúde. O que ocorre é um processo contínuo, acompanhando o desenvolvimento da Medicina (BRASIL, 2009a), como meio para diagnosticar e tratar as doenças. Por isso, as inovações tecnológicas se mostram importantes fatores para caracterização do ambiente hospitalar.

4.2.3 Mudanças regulatórias

De acordo com Viera (2015, p. 89), nos últimos vinte e cinco anos, o Brasil “tem desfrutado de um rico processo legislativo em relação com a saúde tanto a nível nacional como igualmente nos estados e municípios”. Esse processo teve início com a nova Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, foram criados a Legislação do SUS, o Sistema de Saúde Suplementar, entre outras regulamentações do setor de saúde.

As principais normas e legislações que regulamentam o setor de saúde brasileiro no âmbito federal, conforme dados da Fehosul, são: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Agência Nacional de vigilância Sanitária (ANVISA); Ministério da Saúde (MS); Conselho Nacional de Saúde (CNS); Câmara dos Deputados; Palácio do Planalto; Secretaria

de Atenção à Saúde (SAS) e Senado Federal (SF). No âmbito estadual são apenas duas, a Assembleia Legislativa do RS (ALRS) e a Secretaria Estadual da Saúde (SES).

Entre as agências reguladoras, destacam-se a ANS, responsável por todo setor de planos de saúde no país, e a Anvisa, responsável por diversas atividades de proteção à saúde, com foco em medicamentos, produtos para saúde, serviços, ambientes, insumos e tecnologia. Ambas regulamentam o setor de saúde e fiscalizam o cumprimento das legislações vigentes.

Os serviços de saúde no âmbito do SUS, bem como seu financiamento, são regulados pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais e municipais de Saúde, enquanto a prestação de serviço e o financiamento com relação à saúde suplementar são regulados pela ANS (VIEIRA, 2015).

Para Vieira (2015), nos últimos anos, os planos de saúde individual têm sido mais regulados que os empresariais, visto que a ANS tem controlado, inclusive, os aumentos de preços dos contratos e a prestação de serviço também são regulados, sendo definidos os procedimentos mínimos que os planos de saúde devem cobrir. O próprio SUS tem tabelas com procedimentos obrigatórios que deve financiar.

A partir da criação dessas agências regulatórias, os serviços de saúde foram surgindo e se modificando conforme o avanço tecnológico do setor e as demandas dos usuários desses serviços. Os procedimentos mínimos cobertos na prestação de serviços de saúde também dependem dessas regulações.

Além disso, o MS possui comissões que avaliam os produtos e procedimentos que serão financiados, em função do avanço tecnológico. Esse fato torna-se claro no seguinte trecho da entrevista, com relação à aquisição de equipamentos para o hospital:

A gente sempre se baseia em algumas normas, quando a gente compra um equipamento a gente solicita já alguma documentação, registro da Anvisa é fundamental, a gente não pode comprar sem registro da Anvisa [...] eles já passaram pelo Crivo da Vigilância e daí você já tem autorização para comprar, teoricamente, claro que depois se houver algum problema pós venda a gente faz notificações pra Anvisa a respeito do produto (Entrevistado P8).

A acreditação hospitalar também é um instrumento de regulação a que os hospitais podem estar sujeitos, voluntariamente, buscando aumentar o desempenho de seus serviços. A partir do momento que um hospital passa a ser acreditado, será fiscalizado periodicamente pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), para fazer uso do certificado de acreditação. A ONA certifica a qualidade dos serviços de saúde no Brasil com foco em

segurança do paciente e qualidade de serviços. Seguem relatos dos entrevistados do hospital Beta, que está em fase de implementação desse sistema:

Eu tenho que mandar isso pra o setor que é a ONA (Organização Nacional de Acreditação) ela tem um banco de dados, então pra nós fazermos jus ao certificado que o hospital é acreditado, eu sou avaliado pelas minhas falhas, um erro médico, um óbito, uma cirurgia que era para ter feito no pé direito, fizeram no pé esquerdo, então tudo isso passa por situações, é o processo. Você tem que antes de fazer a cirurgia, você tem a ficha, tem que fazer o check-in, esse é o paciente, quem é o médico que tá aí, o que ele vai operar, é o que faz um piloto de avião antes de levantar voo, ele passa por uma série de confirmações [...] (Entrevistado P1).

[...] Na acreditação todos os processos seguem um manual, esse manual vai ser auditado por uma certificadora, que tem uma relevância muito grande na área da saúde, porque em princípio é para se garantir a qualidade da assistência, e em níveis diferentes. No nível 1, que é o básico, é exatamente o item de segurança, depois tem o nível 2 e nível 3, que é o mais elevado aí já se fala de gestão de processos de toda a estrutura gerencial, então hoje tá sendo todos os setores (Entrevistado P4).

Outro órgão regulador, que independe do governo, é o Departamento de Inspeção e Credenciamento da Qualidade (DICQ), que é um Sistema Nacional de Acreditação para os laboratórios clínicos. Esse órgão certificador também visa assegurar a qualidade dos serviços prestados pelos laboratórios. O Hospital Gama possui essa certificação em seu laboratório e, portanto, também recebe fiscalizações do DICQ para certificar o laboratório, que segue normas nacionais e internacionais de qualidade.

Diante do exposto, percebe-se que o setor hospitalar tem influência direta de órgãos reguladores, principalmente os filantrópicos, que além dos órgãos destacados anteriormente, ainda tem que atender à legislação da filantropia. E para cada mudança que esses órgãos solicitam, os hospitais precisam adequar-se, tanto na sua estrutura, quanto na questão de pessoas, treinamentos, procedimentos, além do prazo que cada órgão estipula para as adequações.

4.2.4 Competitividade

A competitividade no setor de saúde deve basear-se na ideia de geração de valor para o cliente (PORTER; TEISBERG, 2007). Para Porter e Teisberg (2007), esses valores devem centrar-se na qualidade das condições médicas durante todo ciclo de cuidados, pela experiência provida pela escala de aprendizagem e pelo nível de condições médicas.

Dessa forma, os competidores que demonstram excelência prosperam em relação aos demais, como qualquer outro tipo de indústria, já que a competição nos serviços de saúde é análoga aos serviços das indústrias (PORTER; TEISBERG, 2007).

Nesse sentido, as inovações tecnológicas são consideradas as principais ferramentas de competitividade, em qualquer setor, levando rapidamente à difusão de novas tecnologias e melhores práticas (CORRÊA, 2009; VIGNOCHI, 2011). As inovações tecnológicas, apesar de serem essenciais à competitividade, já foram apresentadas no item 4.2.2.

Para Noether (1988), os hospitais competem principalmente com relação à qualidade, investindo em equipamentos sofisticados para atrair profissionais da saúde e oferecer um ambiente agradável, que atrai os clientes. Dessa forma, de acordo com a OCDE (2015), o licenciamento e a acreditação de hospitais e médicos são instrumentos que conduzem à melhoria na qualidade dos serviços de atenção à saúde.

O Hospital Beta está buscando o selo de hospital acreditado para o hospital como um todo, e seus gestores reconhecem que esse certificado aumentará sua competitividade. Nesse sentido, o gestor Entrevistado P1 relata : “[...] então o hospital acreditado ele passa a ter um conceito diferente, tu vai operar num hospital que é acreditado ou que não é acreditado?”

O Hospital Gama também tem o seu laboratório acreditado pelo DICQ, garantindo qualidade em seu atendimento com relação aos concorrentes. No relato da entrevistada (Jornalista), fica clara a consciência de que esse certificado coloca o laboratório em posição melhor que seus concorrentes:

[...] Recentemente a gente teve um processo de acreditação do laboratório de análises clínicas, então ele é acreditado pelo DICQ em todas as áreas, desde o atendimento até a própria análise [...]. São mais ou menos 260 laboratórios acreditados em todo Brasil, então, aqui da região, eu acho que tem o Z, é só na parte de atendimento, pelo que eu entendi [...] (Entrevistada P9).

Com relação à concorrência, ela pode ocorrer de hospital para hospital, mas também em nível de centros de diagnósticos e laboratórios. Quanto mais equipado for o hospital e mais tecnologia apresentar, gerará maior qualidade e confiabilidade nos diagnósticos, tornando-o mais competitivo. É o que afirma a Entrevistada P3, que também deixa clara a importância do *marketing* no setor hospitalar:

Nossa concorrência é de hospital para hospital, mas também é de centro de diagnóstico. Por exemplo, a gente tá porta a porta com a [Clínica X], nós vendemos ressonância, eles vendem ressonância, a [Clínica Y] vende ressonância, antes o [Instituto Z] era nosso concorrente, agora faz parte do grupo. e então, sim, temos concorrência, por isso que o marketing tem que ser muito comercial para conseguir avaliar clientes.

A questão da acreditação, tanto do hospital quanto do laboratório, é um ponto positivo com relação à concorrência, pois o hospital que apresentar maior credibilidade em seus serviços sempre será o acreditado. O sistema de acreditação é baseado em critérios fundamentais para que a organização obtenha ótimo desempenho (ALONSO *et al.*, 2014).

Além disso, no que se refere à concorrência, percebe-se que ambos os hospitais são caracterizados pelo excesso de demanda, porém essa demanda se deve principalmente ao SUS, visto que no mínimo 60% de suas instalações são destinadas a esses atendimentos para manter a filantropia. Esse fato fica claro nos relatos dos entrevistados:

[...] o hospital se caracterizou assim por praticamente por excesso de demanda, então excesso de demanda, de certo ponto ele traz uma acomodação, porque tu não precisa correr atrás de clientes [...] principalmente quem paga nossos serviços quase sempre são instituições e na maior parte é do estado através do SUS, IPÊ e outros. E, na verdade, isso está ficando ruim tanto para o hospital, quanto para o médico, começa a repercutir em todas as partes interessadas, nos próprios funcionários que precisam receber pelos seus serviços. Então esse olhar para o mercado de uma forma um pouco mais segmentada, hoje se faz necessário em função da sobrevivência. Antes o excesso de demanda, a gente tentava regular esse excesso de demanda, o resultado era decorrência desse atendimento, mas há uma preocupação hoje grande principalmente olhando o mercado [...]. Para não ficar entregando toda a estrutura para atender o SUS e daqui a pouco não tem mais condições, porque não tem resultado suficiente. Que foi a estratégia de adquirir uma nova unidade, foi para buscar exatamente o melhor equilíbrio, uma equalização melhor entre pacientes privados, saúde suplementar e o SUS e para o mercado [...] (Entrevistado P4).

[...] porque a gente não tem o problema de falta de clientes, é só ir a emergência para verificar essas situações, tanto não é na emergência quanto é todo o contexto do hospital (Entrevistado P6).

Corrêa (2009), em sua dissertação sobre competitividade e inovação no setor hospitalar, estuda como fatores e tendências afetam a competição no setor hospitalar nacional: tendências demográficas, tendências das necessidades humanas, serviços substitutos e complementares, a presença de incerteza, o aprendizado e as políticas governamentais.

Quanto às tendências demográficas e às necessidades humanas, entende-se que a questão do envelhecimento da população vem acompanhada pelas mudanças epidemiológicas, conforme exposto pelo gestor Entrevistado P1:

Um dos fatores também é a epidemiologia, ou seja, os tipos de doenças que vão surgindo, então isso é o principal, então você tem que atender a necessidade de uma população doente, a epidemiologia que rege isso, é o primeiro fator.

Segundo Silva Jr. e Ramalho (2015), conforme dados no Ministério da Saúde, a tendência é que haja uma redução das doenças transmissíveis, como já é presenciada, principalmente por aquelas que dispõem de ferramentas eficazes de prevenção e controle. Por outro lado, a tendência é que as doenças crônicas e as não transmissíveis continuem aumentando, as neoplasias que tem influência, principalmente no envelhecimento da população, levando a um crescimento importante na demanda por acesso ao diagnóstico e às modalidades de tratamentos distintas, gerando um grande impacto para os serviços de saúde.

De acordo com os mesmos autores, a tendência para o ano de 2033 é um aumento na taxa de mortalidade devido a doenças como Alzheimer e outras demências, que incrementará em 165,6%, atingindo 21,3 por 100.000 habitantes. As infecções respiratórias inferiores são a segunda maior causa, com projeção de aumento de 118,3. Esse mesmo crescimento se dará na morbidade dessas doenças, causando importante impacto nas necessidades de organizações de saúde para atender essas demandas.

É importante que os hospitais estejam atentos a essas mudanças, que, certamente, interferem na estrutura dos seus serviços, como as novas tecnologias, além de serem essenciais à competitividade.

Os fatores epidemiológicos também podem ser considerados uma nova categoria que surge dentro do dinamismo do setor hospitalar, além das que se propôs analisar *a priori*.

4.2.5 Sistematização dos elementos que caracterizam o dinamismo do ambiente

O Quadro 20 apresenta uma síntese dos fatores que tornam o ambiente dos hospitais estudados dinâmico. Esses fatores são semelhantes em ambos os hospitais, visto que estão inseridos no mesmo ambiente e os dois são caracterizados como organizações filantrópicas, passando, portanto, pelas mesmas dificuldades financeiras, com relação ao Estado.

Quadro 20 – Fatores do dinamismo do ambiente hospitalar

FATORES DO DINAMISMO DO AMBIENTE HOSPITALAR			
Constructo	Categorias	Hospital Beta	Hospital Gama
Dinamismo do Ambiente	Mudanças no ciclo econômico	<ul style="list-style-type: none"> - Corte do incentivo da Secretaria Estadual de Saúde para complementar o custeio dos procedimentos de média complexidade; - Não atualização das tabelas do SUS; - Redução do número de pacientes particulares e convênios e, conseqüentemente, aumento de pacientes pelo SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Corte do incentivo da Secretaria Estadual de Saúde para complementar o custeio dos procedimentos de média complexidade; - Não atualização das tabelas do SUS; - Redução do número de pacientes particulares e convênios, e conseqüentemente aumento de pacientes pelo SUS..
	Inovações tecnológicas	<ul style="list-style-type: none"> - Busca constante de novas tecnologias para prevenir, diagnosticar e tratar os novos tipos de doença, principalmente doenças crônicas; - Mantém núcleo para desenvolvimento de pesquisas clínicas com relação às tendências, principalmente oncológicas; - Busca de novas tecnologias já existentes em outros hospitais e ampliação e melhoramento da tecnologia existente no hospital. - Adequação da estrutura física para atender as necessidades do cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Busca constante de novas tecnologias para prevenir, diagnosticar e tratar os novos tipos de doença, principalmente doenças crônicas; - Mantém núcleo para desenvolvimento de pesquisas clínicas com relação às tendências, principalmente oncológicas; - Busca de novas tecnologias já existentes em outros hospitais e ampliação e melhoramento da tecnologia existente no hospital.
	Mudanças Regulatórias	<ul style="list-style-type: none"> - Adequação as exigências das regulações da Legislação do SUS, ANS, Anvisa e outros órgãos. Tudo passa por regulações no setor hospitalar; - Adequação às exigências da Legislação da filantropia; - Fiscalizações constantes da Anvisa; - Adequação às exigências da ONA para implementar e manter o certificado de acreditação hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adequação as exigências das regulações da Legislação do SUS, ANS, Anvisa e outros órgãos. Tudo passa por regulações no setor hospitalar; - Adequação às exigências da Legislação da filantropia; - Fiscalizações constantes da Anvisa; - Adequação as exigências do DICQ no laboratório de análises, que é por ele acreditado. O laboratório faz parte do complexo hospitalar.
	Competição	<ul style="list-style-type: none"> - Busca garantir a qualidade em seus serviços através da implantação do certificado de acreditação para todo o hospital; - Caracterizado por excesso de demanda e, portanto, não realiza análise de clientes, porém essa demanda é em sua maioria devido ao SUS. - Considera que existe concorrência entre hospitais e centros de diagnósticos; - Cenário epidemiológico caracterizado pelo aumento de doenças não transmissíveis, como doenças crônicas e neoplasias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Possui seu laboratório de análises acreditado pelo DICQ, garantindo a qualidade em nível nacional e internacional de suas análises. - Caracterizado por excesso de demanda, portanto não realiza análise de clientes, porém essa demanda é em sua maioria devido ao SUS. - Cenário epidemiológico caracterizado pelo aumento de doenças não transmissíveis, como doenças crônicas e neoplasias.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2017).

Os fatores estudados mostram que o cenário hospitalar é bastante dinâmico, marcado por incertezas e mudanças, as quais geram a necessidade do desenvolvimento de capacidades dinâmicas para que os hospitais sobrevivam e prosperem, principalmente os filantrópicos, os mais afetados com a incerteza em relação aos recursos do governo. Nesse sentido, o desenvolvimento da capacidade absorptiva e a capacidade de inovação são essenciais para essas organizações, visto que fazem parte da capacidade dinâmica e, segundo Wang e Ahmed (2007), se desenvolvem em ambientes dinâmicos e turbulentos.

Na próxima seção, apresentam-se os mecanismos e instrumentos de desenvolvimento das capacidades absorptivas e de inovação encontrados nas organizações estudadas.

4.3 CAPACIDADE ABSORTIVA

A partir dos fundamentos teóricos abordados neste estudo, foram identificados comportamentos e habilidades presentes nas organizações estudadas, que conduzem ao desenvolvimento da capacidade absorptiva, assim como processo e rotinas que sustentam essa capacidade e mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento que surtam a existência capacidade absorptiva.

A análise dos elementos componentes e mecanismos da ACAP segue o constructo de pesquisa abordado na Figura 4 (Modelo conceitual de pesquisa), elaborado a partir de Camargo e Meirelles (2012), Zahra e George (2002) e Wang e Ahmed (2007).

4.3.1 Comportamentos e habilidades da capacidade absorptiva

Para análise desses elementos componentes da capacidade absorptiva, buscou-se identificar os comportamentos e as habilidades presentes em cada uma das dimensões da ACAP, em resposta ao dinamismo do ambiente já comentado no item anterior.

A análise foi realizada com base nas categorias que emergiram do referencial teórico definidas no Quadro 12 (p. 72) – Categorias para comportamentos e habilidades das dimensões da capacidade absorptiva.

4.3.1.1 Dimensão Aquisição

Nesta seção são apresentados os comportamentos e as habilidades que as organizações estudadas apresentam para identificar e adquirir conhecimento (ZAHRA; GEORGE, 2002;

LANE; KOKA; PATHAK, 2006; TODOROVA; DURISIN, 2007). Para tanto, os comportamentos e as habilidades caracterizados nessa dimensão foram: capacidade de detectar oportunidades; incentivo para os colaboradores utilizarem informações externas; capacidade de entender as mudanças; comportamento de entender a mudança como algo normal e habilidade de aproveitar *feedback*.

a) Capacidade de detectar oportunidades

Conforme Teece (2007), a capacidade de detectar oportunidades relaciona-se com a capacidade de sentir, criar, aprender, interpretar o ambiente para identificar novas oportunidades. Elas são relacionadas à pesquisa e ao desenvolvimento, aos fornecedores, à tecnologia, aos processos para identificar as mudanças, às necessidades e inovações do cliente no segmento de mercado alvo.

A análise das entrevistas realizadas mostra que as organizações possuem habilidade em detectar as oportunidades de mercado, porém ambos os hospitais concordam que não realizam a prática de pesquisa de mercado, e a busca e detecção de oportunidades ocorrem de outras formas.

O Hospital Beta busca oportunidades de forma orientada, principalmente para a epidemiologia, preparando-se para o tratamento das doenças da população idosa, que é uma tendência para os próximos anos, conforme evidenciado no seguinte relato:

A gente não atua muito com pesquisa de mercado, isso não é uma característica de fazer pesquisa de mercado, mas ficar atento, por exemplo, à **epidemiologia**. Agora a gente sabe que a população está envelhecendo e o hospital está se preparando para atender aos idosos, às doenças correspondentes a essa população idosa [...] então pode ser uma oportunidade, pode ser assim estrategicamente. [...] Porque é diferente de uma empresa que vai lançar um produto no mercado que tem que fazer uma pesquisa e olhar, nós temos que ficar atentos ao que acontece na epidemiologia (Entrevistado P1).

Por meio da área de marketing, o Hospital Beta realiza também a análise dos seus principais *stakeholders*, para analisar e entender as principais necessidades de seus clientes. Outros gestores também argumentam a questão da realização do planejamento estratégico em que são analisadas oportunidades e ameaças, além dos pontos fortes e fracos. Segue alguns trechos das entrevistas realizadas, nas quais se demonstram esses aspectos:

A gente analisa tudo, **clientes, fornecedores, concorrentes**, a gente tem que ter sempre muito claro na nossa frente para atuar de forma mais assertiva possível, para que você não erre, ou melhor, talvez você não acerte tanto, porque muda muito rápido e tudo é muito, na saúde tem a urgência [...]. Então a gente **analisa fornecedor, a gente analisa o mercado em si, a gente analisa o que o cliente**

busca, o que ele quer, porque não adianta tu oferecer uma coisa que ele não quer, nem pra ele poder pagar, quanto para necessidade básica dele, então a gente analisa tudo sempre, porque vai mudando, as necessidades vão mudando (Entrevistada P3)

Aqui no hospital nós temos o hábito de estar sempre tentando focar nessas coisas (busca de oportunidades), porque nós temos que saber o que o **mercado precisa** para nós oferecermos, sendo através do próprio Administrador, do Diretor Financeiro ou o próprio marketing. (Entrevistada P2).

[...] Se nós tomarmos por base o trabalho feito na fundação Don Cabral, na elaboração do planejamento estratégico [...] foi um momento forte nos últimos 2, 3 anos que a gente trabalhou a questão das **ameaças, oportunidades**, enfim, a **matriz SWOT**. Mas também toda essa questão das partes envolvidas, stakeholders, num olhar mais atento, digamos assim, do que tivemos em outros tempos. [...] O hospital se caracterizou assim por praticamente excesso de demanda, então excesso de demanda, de certo ponto traz uma acomodação, porque tu não precisa correr atrás de clientes, da a impressão que as pessoas que estão envolvidas estão todas felizes, mas não é bem assim, porque na verdade nós mesmos, se olhar felicidade em termos de resultados não estamos felizes hoje com o resultado do hospital, não com o resultado da entrega ao cliente, mas do recebimento pelo serviço prestado (Entrevistado P4)

A análise das entrevistas realizadas no Hospital Gama mostra que a organização busca oportunidades através da avaliação de seus concorrentes, da qualificação de seus profissionais. Além disso, o hospital trabalha muito com atualizações de técnicas e equipamentos para atender às normatizações de NRs e portarias. Esses fatos são evidenciados nas falas dos entrevistados:

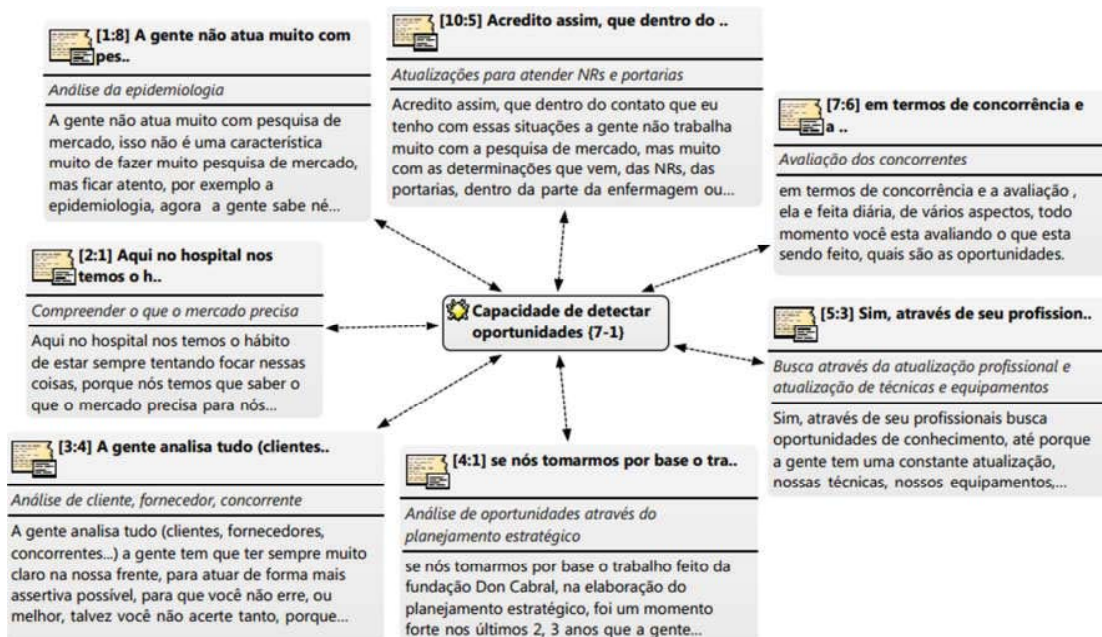
Sim, através de seus profissionais busca oportunidades de conhecimento, até porque a gente tem uma **constante atualização**, nossas técnicas, nossos equipamentos, nossa assistência, então temos que estar constantemente fazendo essa busca e estar qualificando (Entrevistada P5).

[...] em termos de **concorrência** e avaliação, ela é feita diária, de vários aspectos, todo momento você está avaliando o que está sendo feito, quais são as oportunidades (Entrevistado P7).

Acredito assim, que dentro do contato que eu tenho com essas situações a gente não trabalha muito com a pesquisa de mercado, mas muito com as **determinações que vem, das NRs, das portarias**, dentro da parte da enfermagem ou da própria administração vem alguma normativa nova e a gente tem que se adequar, então a possibilidade de novos serviços, novas atividades de acordo com as possibilidade que a instituição tem ou algumas normativas novas que vem e a gente tem que acabar se adequando [...] (Entrevistada P10).

A Figura 5, obtida com auxílio do Atlas TI, apresenta as principais percepções referente ao comportamento e habilidade de detectar oportunidades, que foram utilizadas para análise.

Figura 5 – ACAP aquisição – capacidade de detectar oportunidades



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Com base nos relatos apresentados, pode-se perceber que ambas as organizações possuem a habilidade de detectar oportunidade e, embora não realizem pesquisa de mercado para tal, realizam outras análises. O Hospital Beta busca as oportunidades através da análise da epidemiologia, buscando compreender o que o mercado precisa, realiza análise de alguns *stakeholders*, tais como clientes, fornecedores e concorrentes, além da elaboração e análise do planejamento estratégico. O Hospital Gama, por sua vez, busca oportunidades por meio da análise de seus concorrentes, atualização de seus profissionais e de suas técnicas e equipamentos e atualizações para atender as NRs e portarias.

b) Capacidade de a organização entender a mudança

Essa habilidade é pesquisada no sentido da organização esperar que os funcionários tenham capacidade de entender a mudança e lidar com as informações, além das que a empresa fornece e além do mercado em que atua (FLATTEN, *et al.*, 2011).

Para os autores, as organizações podem adquirir informações por meio de recursos externos, como redes pessoais, consultores, seminários, internet, banco de dados, revistas profissionais, publicações acadêmicas, pesquisa de mercado, regulamentos e leis com relação ao meio ambiente, técnica, saúde e segurança.

Sob a percepção dos entrevistados do Hospital Beta, esperam que seus colaboradores tenham capacidade de ir além, de buscar fora da organização, como participação em congressos, pesquisas na internet, publicações acadêmicas, não apenas para cumprir requisitos, mas com intuito de buscar melhorias para a área da saúde. Essa busca é incentivada, inclusive, como um ponto positivo na avaliação de desempenho. Seguem relatos em consonância com esses aspectos:

[...] os médicos, eles estão sempre **buscando formação fora**, ou seja, vão buscar no exterior, fazem **cursos, participam de jornadas, congressos** [...]. Tem todos os anos, 30, 40 trabalhos de **pesquisa** desenvolvidos aqui pelos alunos, que são publicados, que apresentam em congressos, isso é uma coisa que, claro ainda se precisa evoluir para que uma pesquisa desenvolvida aqui traga um resultado para epidemiologia que se está estudando, que venha baratear também e favorecer o atendimento ao Sistema Único de Saúde, então precisa as pesquisas serem desenvolvidas não só no intuito de fazer uma pesquisa para atender uma obrigação acadêmica, mas qual é o retorno que essa pesquisa pode dar na área da saúde [...]. (Entrevistado P1).

[...] Estar olhando além, estar tentando fazer o melhor, mas eu sinto assim que como é uma necessidade eles esperam isso de você, então a Gerencia já espera que tu faça algo a mais [...]. Quanto a busca de informações na **internet**, ela incentiva sim, a gente tem a internet liberada e faz isso por necessidade também. Todos os funcionários da comunicação têm acesso liberado, porque a gente tem que fazer desde uma pesquisa em rede social, porque é um mundo nosso né, até uma pesquisa dentro de um site de um hospital, ou de um médico ou de uma clínica que a gente possa usar como referencia para alguma coisa [...]. (Entrevistada P3).

[...] eu sempre digo não é só a chefia de enfermagem que tem que pensar pelo hospital, vocês que têm que trazer as ideias e ajudar. Até eles são avaliados nisso, aqueles que vem e compartilham mais são melhor avaliados do que aqueles que vem e fazem seu trabalho no dia a dia e não acrescentam muito nisso de inovar. [...] Sempre que demanda alguma necessidade, vem aqui um profissional enfermeiro e me fala de uma necessidade que ouviu falar que no hospital, normalmente é Porto Alegre que é mais próximo, que a gente vai, tem alguma boa para ser vista, um treinamento para ser feito [...] (Entrevistada P2).

Olha, acho que poderia responder isso através da nossa avaliação de desempenho, que é um momento bem presente, é mais focada em feedback, e em uma das questões se procura acompanhar e saber o que você fez para buscar, o qual o teu objetivo do próximo ano de buscar a nível de novos conhecimentos como é que se mantém atualizado na tua função na tua profissão, então é uma coisa que pelo menos uma vez por ano o gestor fala com seu colaborador, quais são os objetivos deles, que ele realizou e que estavam previstos (Entrevistado P4)

No Hospital Gama, no entanto, as opiniões entre os entrevistados divergem, cada um colocou um ponto de vista diferente. A gestora entrevistada P5 considera que essa habilidade ainda é um ponto deficitário dependendo do setor, mas a organização espera que essa prática aconteça. Para a entrevistada P10, o entendimento da mudança e a busca dependem muito da particularidade de cada um e do cargo, porém a administração cobra essa ampliação de conhecimento de seus colaboradores. Seguem relatos demonstrando tal constatação:

É um ponto bem deficitário hoje, que eu posso dizer, porque a gente tem algumas atualizações e **treinamentos mensais** dentro da instituição e inclusive tem que estar motivando toda hora pra eles fazerem os internos, não tem custo, não precisa se deslocar, está aqui dentro. Então quando alguém vai buscar fora a gente acha isso muito importante e acaba dando, para que seja realizado, porque realmente é muito pouco para nível técnico (Entrevistada P5).

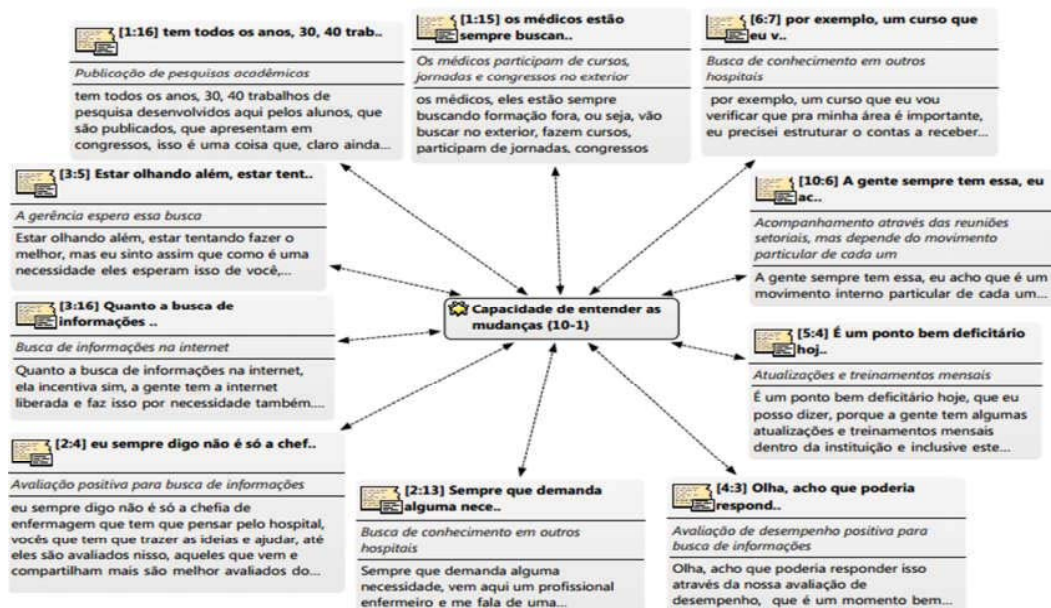
[...] eu acho que é um movimento interno particular de cada um que a gente sabe o momento em que está precisando se reciclar, está precisando buscar novas informações. Aí acredito que o acompanhamento da administração com os gestores, nas **reuniões setoriais** que são feitas nas atividades que se participa, sempre existe essa cobrança de que se possa ampliar o olhar, se possa evoluir, trazer novas ideias de melhorias. [...]. Isso também depende do cargo (Entrevistada P10).

A entrevistada P6 cita um exemplo de como ocorreu a busca de conhecimento em sua área, em outras organizações hospitalares:

[...] por exemplo, um curso que eu vou verificar que pra minha área é importante, eu precisei estruturar o contas a receber e preciso usar uma ferramenta do próprio sistema nosso, que não era utilizado, eu **busquei um conhecimento nisso no hospital em Porto Alegre**, a gente foi lá e verificou como eles tratam essa maneira lá e a gente trouxe pra cá esse conhecimento para gente começar a implantar ele para que comece a fluir e até as próprias ligações que a gente as vezes acaba realizando, por exemplo, preciso ver como é que vocês trabalham dessa maneira aqui, dessa maneira ali, da maneira que tu pode passar a informação e que tu pode receber a informação dos outros (Entrevistada P4).

A Figura 6 apresenta as principais percepções, relatadas pelos entrevistados, referentes ao comportamento e habilidade das organizações entender as mudanças.

Figura 6 – ACAP Aquisição – capacidade da organização entender a mudança



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Nota-se que ambos os hospitais esperam que seus funcionários tenham capacidade de buscar informações além das fornecidas pela organização e de lidar com elas, porém essa habilidade depende muito da particularidade de cada colaborador e de cada setor. Os hospitais trabalham com varias áreas diferentes e muitos públicos, então também depende da área.

c) Incentivo aos colaboradores para utilizarem informações externas

Refere-se à habilidade da organização incentivar os colaboradores a utilizarem informações externas (FLATTEN *et al.*, 2011; SANTOS, 2015). As respostas obtidas mostram que as organizações estudadas incentivam a busca dessas informações, dando oportunidade para seus colaboradores aperfeiçoarem seus estudos com liberdade de horário para graduação, pós-graduação, cursos e congressos, desde que sejam viáveis e compatíveis com as atividades das organizações.

Sempre é dado oportunidade, te dou exemplo, na questão de funcionários que começar alguma graduação, seja ela na saúde ou não, a gente procura favorecer horários e organizar para que eles possam estar buscando um **crescimento intelectual**. Claro que sempre que tiver oportunidades na área deles, porque geralmente os **eventos que surgem no mercado** são para níveis superiores, para nível técnico é alguma coisa, mas quando tem a gente proporciona (Entrevistada P5).

Sim, pelo que eu vejo, analisando a minha habilidade e a compatibilidade com a nossa instituição, porque podem ter exemplos que eu um modelo X funcionou e que na nossa realidade eles não vão funcionar, então a administração olha para isso analisa se ele é viável aqui dentro existe uma aceitação, agora se não é viável, vamos analisar, vamos experimentar e ver se é viável, mas na minha experiência foi sempre bem positivo nesse sentido, acredito que **outras experiências dos colegas em outras áreas** também tem esse **canal** que acontece (Entrevistada P10).

[...] A nível de **pós-graduação**, sempre que tem haver com a função, o cargo que está exercendo, no momento agora é um pouco mais difícil, mas sempre tem pessoas que estão fazendo pós graduação com auxílio do hospital de 30%, então ele incentiva e busca. Agora nós temos também através da faculdade da saúde que é ligada a Fehosul, está abrindo mais uma pós-graduação, tem que incentivar, porque conseguindo um preço mais acessível lá e depois completamos com o auxílio aqui. [...] **técnico de enfermagem** nós temos que ter, então o funcionário que quer fazer o técnico de enfermagem, nós auxiliamos também com um percentual para que ele tenha condições de estudar [...] (Entrevistado P4).

Além disso, fica claro, pelo relato do gestor entrevistado P4, que o Hospital Beta incentiva os colaboradores também com auxílio financeiro quando se trata de pós-graduação relacionada ao cargo que está exercendo e cursos de enfermagem, já que o hospital também precisa desses profissionais.

Já no Hospital Gama não foi identificada a questão de auxílio financeiro, mas se evidenciou que a organização dá espaço para os colaboradores colocarem suas opiniões. O gestor entrevistado P7 afirma que esse já é um incentivo:

Tem espaço para se conversar sobre isso, então acho que isso é um incentivo, se você da liberdade democrática para os **colaboradores poderem colocar suas opiniões** e respeitá-las, eu acho que é uma oportunidade (Entrevistado P7).

O Hospital Beta também incentiva a busca de informações na internet, conforme exemplo citado pela gestora entrevistada P3:

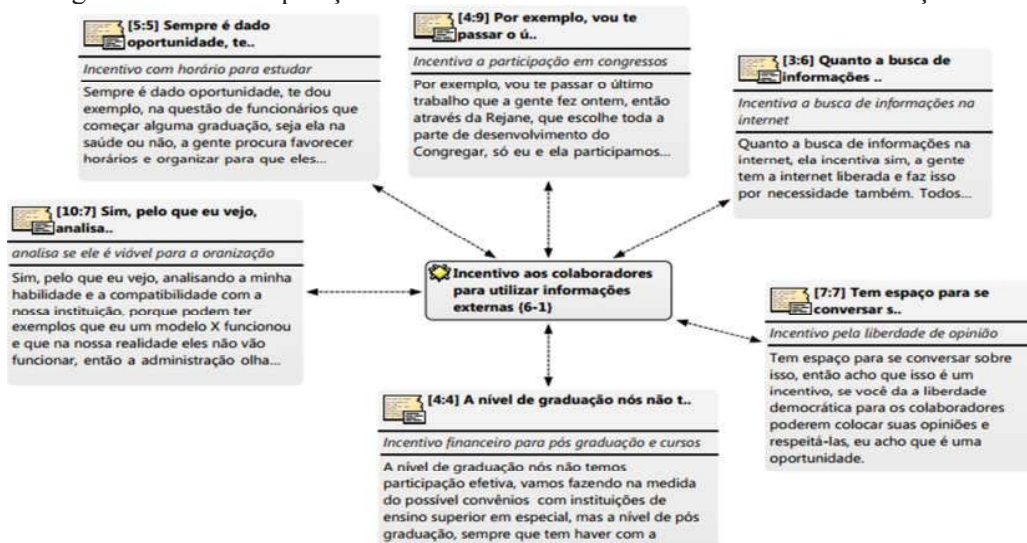
Quanto à **busca de informações na internet**, ela incentiva sim, a gente tem a internet liberada e faz isso por necessidade também. Todos os funcionários da comunicação tem acesso liberado, porque a gente tem que fazer desde uma pesquisa em rede social, porque é um mundo nosso né, até uma pesquisa dentro de um site de um hospital, ou de um médico ou de uma clínica que a gente possa usar como referencia para alguma coisa. Então a gente tem acesso a tudo, isso a gente faz por necessidade, nem é uma questão da gerencia, a gente precisa [...] (Entrevistada P3).

Além disso, segundo o entrevistado P4, os colaboradores também participam de congressos, muitas vezes patrocinado pelo hospital, e levam o conhecimento adquirido para os demais. Essa também é uma forma de incentivar a utilização de informações externas. O entrevistado cita um exemplo da participação que tiveram no Congregar:

Por exemplo, vou te passar o último trabalho que a gente fez ontem, então através da minha colega, que escolhe toda a parte de **desenvolvimento do Congregar**, só eu e ela participamos em função também de questões econômicas esse ano, e ninguém espontaneamente foi, porque são 1.300 aproximadamente, então nós repassamos o que em princípio aprendemos e muito mais, com aquilo que nos inquietamos com o congregar [...].

A Figura 7 apresenta uma síntese dos relatos analisados, referentes ao comportamento e habilidade de incentivar os colaboradores a utilizar informações externas.

Figura 7 – ACAP aquisição – incentivo aos colaboradores utilizar informações externas



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Nesse sentido, os relatos evidenciam que tanto o Hospital Beta quanto o Hospital Gama incentivam os colaboradores a utilizar informações externas, conforme preconizado por Flatten *et al.*, (2011) e Santos (2015) em suas pesquisas.

d) Comportamento de entender a mudança como algo normal

Andreeva e Chaika (2006) argumentam sobre a importância de a mudança ser encarada como algo normal numa organização para que existam capacidades dinâmicas. Dessa forma, Versiani *et al.* (2010) classifica as atitudes positivas com relação à mudança como um antecedente da aquisição validado por Murovec e Prodan (2009), que, posteriormente, é estudado empiricamente por Santos (2015). Neste estudo é considerado um comportamento que permite à organização desenvolver a capacidade de aquisição de conhecimento.

Os gestores entrevistados relatam que, em geral, as mudanças são encaradas de forma positiva. Os colaboradores inclusive esperam que elas ocorram, porém, dependendo do público e do tipo de mudança, pode existir certa resistência, como se evidencia no relato dos gestores.

[...] eles esperam muito, eles **são muito receptivos** e eles vibram, por exemplo, quando nós compramos a unidade dois, a vibração da equipe, eles gostaram, eles se sentiram assim, poxa, que bom que essa empresa onde eu trabalho ela pensa assim. Então essa **noossa liderança**, os principais, os líderes, **os gestores** nas várias áreas que nós trabalhamos com a equipe de gestores e de líderes, são mais de 200 pessoas, essa equipe, não vejo em nenhum momento que eles não aceitem mudanças e façam qualquer coisa pra não cumprir, uma que você está atendendo doente não tem como, tem a ética, você não pode ir contra [...] (Entrevistado P1).

Olha, eu vou te falar do contexto geral, a gente tem muita **discrepância aqui**, de forma nenhuma é discriminatória, mas o pessoal tem uma **cultura**, o pessoal da portaria uma cultura, já a parte administrativa e gerencial é outra, então depende das situações, e depende do que são reflexos diferentes das atitudes. [...] por exemplo, a compra da unidade dois, todo mundo vibrou, foi um ganho, mas do lado de lá não foi assim, então sempre tem uns olhares diferentes sobre a questão, mas eu vejo que são positivos na maioria, falando por mim, muito tranquilo, eu tenho um pensamento do que vier abraçar e vamos junto, sabe, eu vou atrás, vamos batalhar, vamos pesquisar, mas eu vejo que tem nuance, sabe, **dependendo o público**, tem um olhar sobre aquilo (Entrevistada P3).

Há sempre uma resistência, é natural a **resistência à mudança**, mas você encontra pessoas também que gostam da mudança e que gostam de desafios, e essas tem que contaminar as outras, criar um clima pra isso (Entrevistado P7)

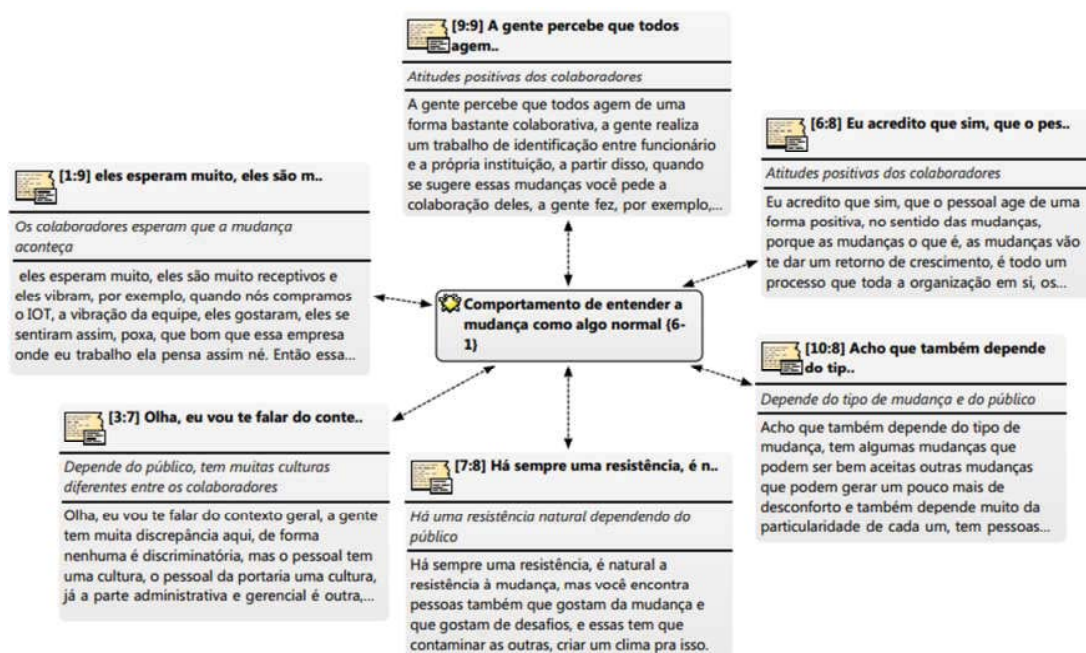
Acho que também depende do tipo de mudança, tem algumas mudanças que podem ser bem aceitas outras mudanças que podem gerar um pouco mais de desconforto e também depende muito da particularidade de cada um, tem pessoas que são mais abertas a mudanças e tem pessoas que são menos abertas [...] (Entrevistada P10).

Com base nas respostas das entrevistadas P6 e P9, a mudança é vista positivamente, e as pessoas a aceitam de forma colaborativa:

Eu acredito que sim, que o **peçoal age de uma forma positiva**, no sentido das mudanças, porque as mudanças vão te dar um retorno de crescimento, é todo um processo que toda a organização em si, os próprios colaboradores, todos eles, isso juntamente com a instituição (Entrevistada P6).

A gente percebe que todos agem de uma forma **bastante colaborativa**, a gente realiza um trabalho de identificação entre funcionário e a própria instituição. A partir disso, quando se sugere essas mudanças você pede a colaboração deles, a gente fez, por exemplo, no ano passado uma campanha interna de economia de energia, foi uma questão que demandava a colaboração de todos e nós tivemos bastante aceitação e bastante resultado, a partir do foi proposto para eles também (Entrevistada P9).

Figura 8 – ACAP aquisição – Comportamento de entender a mudança como normal



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Diante do exposto pelos entrevistados, fica evidenciado que a mudança é encarada de forma positiva, principalmente para líderes e gestores. No entanto, os hospitais, como qualquer tipo de organização, têm vários públicos e, para alguns deles, o processo é mais lento.

Dessa forma, entende-se que os gestores e líderes das organizações estudadas possuem o comportamento de entender as mudanças como algo normal, em consonância com o exposto

por Andreeva e Chaika (2006). Esse comportamento, entretanto, não está intrínseco na organização como um todo.

e) Habilidade de a organização aproveitar *feedbacks*

A interação estreita da organização com seus clientes e fornecedores é estudado por Oliveira (2016) como um antecedente da atividade de aquisição da capacidade absorptiva. Neste estudo, essa interação é entendida como a habilidade da organização aproveitar os *feedbacks* recebidos de seus funcionários, clientes e fornecedores (CAMARGO, 2012).

Nessa perspectiva, de acordo com os gestores das organizações estudadas, elas realizam a pesquisa de satisfação dos pacientes que ficam internados ou que fazem procedimentos e aproveitam esses *feedbacks* para melhorarem constantemente, de acordo com a necessidade, como fica evidenciado nos relatos.

[...] **pesquisa de satisfação do cliente**, então saiu a pesquisa e ali apontaram, por exemplo, que não estão contentes com o quarto, que por exemplo, a TV não sintonizava direito, demoraram muito para consertar, então isso vai para o setor lá da enfermagem, porque que ela não providenciou isso. Através da pesquisa se identifica algumas insatisfações para você ir tomando providência (Entrevistado P1).

[...] eu chamo o gestor de cada setor, todos os meses e pessoalmente eu leio toda a **avaliação** e discutimos todos os itens, porque se não se eu só entrego, tu não tem como ter essa interação disponível, do porque que aconteceu algo negativo, ou porque que está tendo um elogio, então a gente discute muito isso, todos os meses, isso é mensal (Entrevistada P2).

Temos **pesquisa de satisfação**, onde na verdade a gente buscar a satisfação dele no atendimento e ele tem a oportunidade de expor as mudanças que ele acha necessário. (Entrevistado P7)

A gente tem as **pesquisas de satisfação**, que são colocadas em cada posto [...]. A gente também tem a parte da **Ouvidoria**, a gente recebe também bastante retorno da nossa página e tudo isso é discutido, não só com a equipe responsável de cada setor a que se refere tanto o elogio como a reclamação, mas também com a parte de comunicação, psicologia, enfim. E todos esses retornos acabam se refletindo também em mudanças internas muitas vezes, que a gente acaba adaptando um processo, melhorando enfim, a partir desse retorno que se tem (Entrevistada P9).

No Hospital Gama, alguns entrevistados relatam que, além do *feedback* recebido pela pesquisa de satisfação dos clientes, são aproveitados *feedbacks* dos funcionários e, quando necessário, de fornecedores de determinados equipamentos.

Sim, nós temos a **pesquisa de satisfação**, **pesquisa de leito** e a **Ouvidoria** que não deixa de ser uma ferramenta e a gente com certeza tem que dar *feedbacks*, devido até a credibilidade daquele veículo que a gente está deixando à disposição do cliente. Quanto aos funcionários, é claro, a gente precisa muito da contribuição deles, porque são eles que estão no dia dia, falo isso pela enfermagem, na assistência, se eu

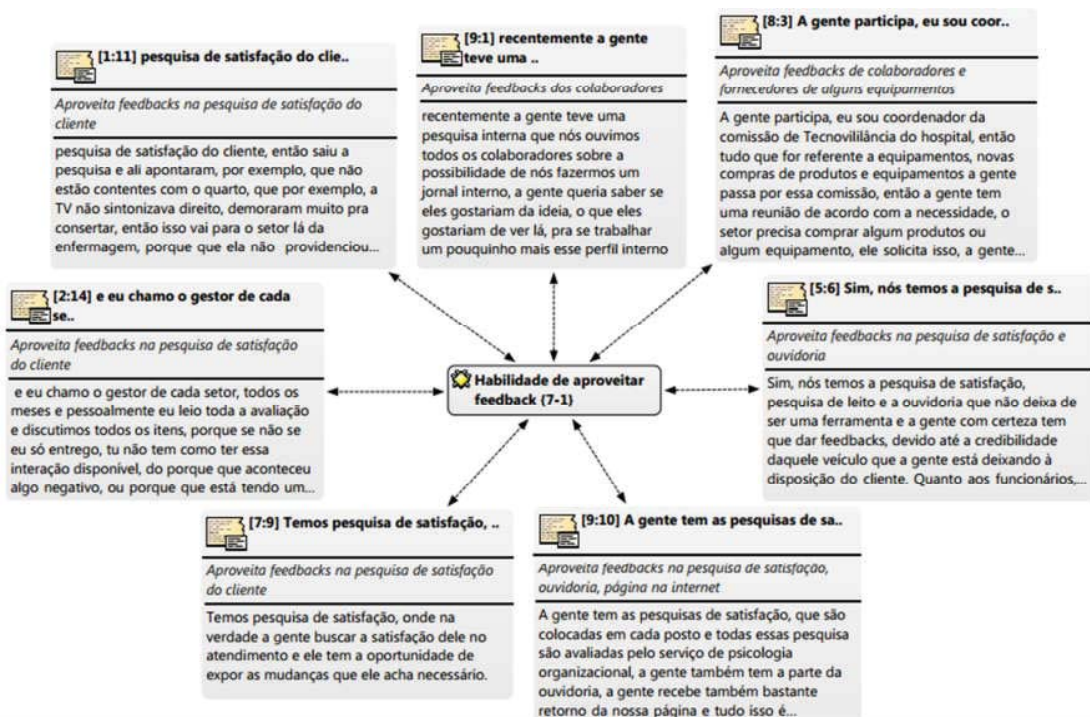
não tiver ouvidos para as observações para os conhecimentos deles e até para os levantamentos empíricos eu não vou ter como avaliar e como estudar e poder estar melhorando nossa assistência (Entrevistada P5)

A gente participa, eu sou coordenador da comissão de Tecnovilância do hospital, então tudo que for referente a equipamentos, novas compras de produtos e equipamentos a gente passa por essa comissão [...], a gente monta essa reunião, tem o administrador, tem o enfermeiro chefe do setor, tem eu da parte técnica, tem a chefia de enfermagem, tem uma série de pessoas que participam dessa reunião e é discutido dentro dessa comissão a necessidade de se colocar ou não o produto, e é chamado muitas vezes o **fornecedor** para dar explicações [...] (Entrevistado P8).

[...] recentemente a gente teve uma **pesquisa interna** que nós ouvimos todos os colaboradores sobre a possibilidade de nós fazermos um jornal interno, a gente queria saber se eles gostariam da ideia, o que eles gostariam de ver lá, pra se trabalhar um pouquinho mais esse perfil interno (Entrevistada P9).

A Figura 9 apresenta uma síntese das respostas dos entrevistados referente a habilidade da organização aproveitar feedbacks.

Figura 9 – ACAP aquisição – habilidade de a organização aproveitar *feedbacks*



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Após a análise das entrevistas, é possível identificar que ambos os hospitais estudados apresentam habilidade em aproveitar *feedbacks*, em consonância com Camargo (2012). No entanto, no Hospital Beta essa prática é realizada mais com o cliente, enquanto que no

Hospital Gama nota-se essa prática com clientes, funcionários e fornecedores, quando necessário.

4.3.1.2 Dimensão Assimilação

Nesta seção apresentam-se as evidências relacionadas aos comportamentos e habilidades que as organizações estudadas apresentam para absorver o conhecimento externo adquirido, ou seja, como permitem que o conhecimento seja analisado, processado, interpretado, interiorizado e classificado (COHEN; LEVINTHAL, 1990; ZAHRA; GEORGE, 2002; LANE; KOKA; PATHAK, 2006; TODOROVA; DURISIN, 2007).

As evidências são analisadas a partir dos conceitos de Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005), Andreeva e Chaika (2006), Flatten *et al.* (2011), Camargo (2013), Santos (2015) e Oliveira (2016). Os comportamentos e habilidades caracterizados nessa dimensão foram acesso aos níveis decisórios, trocas de experiências, comunicação, diversidade e entendimento das necessidades dos clientes.

a) Acesso aos níveis decisórios

Para Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005), a participação dos colaboradores em processos de decisão leva a uma rede mais rica de conhecimentos diversos, que suporta a assimilação de novos conhecimentos externos. Dessa forma, a exposição a fontes externas e a interação entre as diversas estruturas de conhecimento permitem a aquisição e assimilação do conhecimento (os autores validam em seu constructo que a participação na tomada de decisão aumenta somente a capacidade de aquisição e não a de assimilação).

O acesso aos níveis decisórios foi classificado por Camargo (2012), em seu estudo realizado em uma empresa de serviços, como um comportamento e uma habilidade presentes naquela empresa, que conduzem ao desenvolvimento de capacidades dinâmicas. Para o autor, essa habilidade de acesso dos níveis inferiores aos níveis superiores favorece a permuta de conhecimento.

Da mesma forma, Rosa (2016) também identificou, em sua pesquisa realizada em uma empresa de vestuário, o comportamento de tomar decisões compartilhadas e participativas, levando, juntamente com outros fatores, ao desenvolvimento de capacidades dinâmicas, considerando-as como absorptiva, adaptativa e inovativa.

Nessa lógica, por meio das evidências empíricas, percebe-se que nas organizações estudadas existe a interação entre o gestor e sua equipe de linha de frente, buscando opiniões e

feedbacks, exceto em casos de mudanças impostas pela Legislação, conforme evidenciado nos relatos que seguem:

Isso é uma prática que a gente tenta manter viva, porque eu acho que eles sabem mais do que qualquer um de nós, porque ele está lá fazendo as coisas acontecer, então sempre são **estimulados a participar**, não existe aquela coisa de, eu decidi aqui, cumpra-se, a não ser coisas que a Legislação exige. Tem muitas situações que não adianta a gente querer fazer de um jeito e a Legislação reconhece de outra maneira (Entrevistada P2).

Nas tomadas de decisão a principio ela acontece nas esferas adequadas, eu diria assim, que lá na linha de frente o funcionário tem que ter autoridade suficiente, autonomia suficiente para fazer o trabalho fluir. Você vai dizer assim, “o presidente se reúne com o pessoal?”, não se reúne nesta linha, mas assim, o gestor lá com sua equipe tem que estar em sintonia, ouvindo, dando os *feedbacks*, dando e recebendo e acho que esse é o caminho, através do *feedback* vai fazendo a escuta, digamos assim, de cima para baixo e vice versa (Entrevistado P4).

É muito importante a posição deles, a **avaliação deles no nosso dia a dia**, como são eles que estão lá atuando na assistência direta, então é necessário isso (Entrevistada P5).

Por outro lado, os gestores P1 e P7 afirmam que é muito difícil envolver todos os funcionários nas tomadas de decisões e, dessa forma, são envolvidos os principais gestores.

Não temos, não conseguimos isso, então a **gente envolve os gestores**, os principais gestores. Quando se faz a revisão do planejamento estratégico, nós chamamos os principais para fazer a SWOT, pontos fortes, fracos, ameaças, oportunidades que aconteceu no ano que passou e aí a gente se organiza para a revisão do plano do ano seguinte. Esse ano nós trabalhamos esses quatro pilares, talvez para ano que vem a gente vai ter que mudar, daí eles vem e contribuem, mas nós não conseguimos chamar todo mundo, isso é impossível (Entrevistado P1)

Se trabalha com a lógica de que as **chefias tem espaço** aonde elas conseguem participar e que essas **buscam nos colaboradores as ideias** pra você poder atingir todo mundo. Imagina uma empresa como o hospital, que tem 1.400 funcionários fazer um processo de avaliação de uma mudança com todo mundo, não tem como, então é um extrato, como se fosse o extrato da sociedade que tem o local que pode participar. As chefias tem a realidade do dia a dia. (Entrevistado P7)

No mesmo sentido, a entrevistada P3 cita um exemplo de tomada de decisão em que seu departamento não foi envolvido: “*No caso da compra da unidade dois, as gerências, por exemplo, de Marketing, não foram consultadas; eles souberam depois*”.

Além disso, ficou evidenciado que alguns trabalhos nas áreas de RH e comunicação tentam atingir o maior número possível de colaboradores. No entanto, é difícil atingir todos, conforme relato das entrevistadas P10 e P9:

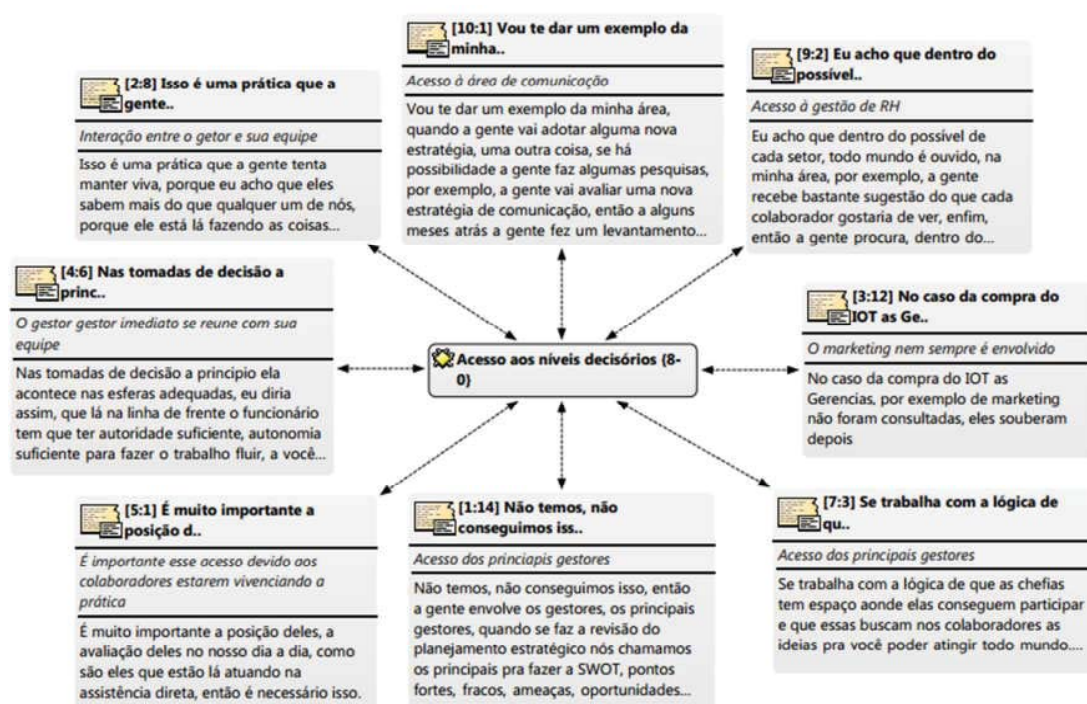
Eu acho que dentro do possível de cada setor, todo mundo é ouvido, na minha área, por exemplo, a gente recebe bastante sugestão do que cada colaborador gostaria de

ver, enfim, então a gente procura, dentro do possível e do posicionamento do hospital poder englobar todas essas áreas [...] (Entrevistada P9).

Vou te dar um exemplo da minha área, quando a gente vai adotar alguma nova estratégia, se há possibilidade a gente faz **algumas pesquisas**, por exemplo, a gente vai avaliar uma nova estratégia de comunicação, então a alguns meses atrás a gente fez um levantamento tentando atingir uma porcentagem significativa de colaboradores, é difícil a gente atingir todos, até mesmo pela quantidade de locais que a gente tem, então a gente tenta conseguir [...] (Entrevistada P10).

Os relatos relativos ao comportamento e habilidade de acesso aos níveis decisórios são sintetizados na Figura 10.

Figura 10 – ACAP assimilação – acesso aos níveis decisórios



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Após análise dos relatos dos entrevistados, infere-se, portanto, que existe a interação e o acesso dos colaboradores em geral com seus gestores imediatos, contudo essa interação não ocorre diretamente com o corpo diretivo das organizações. Além disso, algumas decisões mais emergentes são tomadas sem que haja participação de todos os gestores.

b) Troca de experiências e negociação

Essa capacidade refere-se à habilidade de troca de experiências e informações entre os diferentes departamentos para a resolução de problemas diversos, ao apoio entre os

colaboradores das diferentes áreas (FLATTEN *et al.*, 2011). Camargo (2012) estuda essa habilidade como negociação e obtenção de consenso por meio de discussões entre os setores e departamentos.

No Hospital Beta, esse apoio entre os colaboradores para troca de experiências acontece mais entre os setores que fazem parte da mesma área e em nível de gerências e lideranças de diferentes áreas, conforme relatado pelos gestores:

Isso não é muito simples, há uma tendência cada um enxergar o seu mundo, eles enxergam seu setor, eles veem aquele setor. Mas nós com a **interligação dos processos**, que um depende do outro, então não tem como eles não começarem, e nesse processo de acreditação, que nós estamos trabalhando isso já proporciona que eles se enxerguem, quem é o meu cliente? Eu sou fornecedor de quem? Essa é a visão, então se a emergência precisa da UTI que a UTI quer transferir um leito pra lá, a emergência e a UTI precisam estarem muito sintonizadas [...] (Entrevistado P1)
O que a chefia de enfermagem faz, esporadicamente [...] é chamar vários setores, mas aí da área de enfermagem, e cada um expõe o que tem de bom no seu setor e o que tem de ruim no seu setor pra nós **compartilharmos** e ver o que pode ser implantado, fazer aquela **cópia de um para o outro**, porque tu faz as rotinas, tu faz ao POPs, tu faz tudo que precisa ser feito e quando tu menos espera alguém está fazendo diferente [...] (Entrevistada P2).

Sim, a gente está, desde o ano passado, a Don Cabral foi uma empresa que nos deu apoio para fazer o planejamento estratégico, organograma e tudo isso, e depois que ela saiu a gente continua, foi resgatado e a gente está continuando, então tem um suporte na direção para nos dar dados [...] (Entrevistada P3)

Existe mais a nível de **gestão, de coordenação**, por exemplo, assim, muitas vezes o pessoal sai para um congresso ou para visitar uma empresa ou visitar cases de sucesso [...] mas eu tenho muitas vezes esse case de sucesso aqui dentro, então ele é multiplicado exatamente nesses encontros com os gestores, então se a nutrição quer passar formas, a nutrição teve seu espaço, e a parte administrativa, então isso, a nível de liderança sim, a nível de equipes a gente não faz (Entrevistado P4)

Esse suporte entre os colaboradores de diferentes áreas tende a aumentar com a acreditação hospitalar, conforme afirmado pelo entrevistado P1. Para que o hospital seja acreditado, os processos precisam estar interligados e a organização está trabalhando nesse sentido.

No Hospital Gama existe esse suporte entre os setores, para resolução de problemas e trocas de experiências quando necessário, desde que o problema ou assunto seja em comum entre os diferentes departamentos. Os gestores não mencionaram se essa interação ocorre em nível de todos os colaboradores ou mais entre as lideranças e gerências. Seguem relatos evidenciando esses fatos:

No meu caso, por exemplo, eu preciso muitas vezes solicitar informações do faturamento, porque meu trabalho é **interligado** com o que o faturamento fatura e eu vou receber, eu tenho muito contato com eles (Entrevistada P6)

Se ele é em comum sim, se não não, um exemplo, dispensação de medicamentos da farmácia, você tem envolvimento ali do comprador, da farmácia e da enfermagem, para resolver um problema as três partes tem que estar envolvidas, senão não consegue, então há envolvimento de várias áreas (Entrevistado P7).

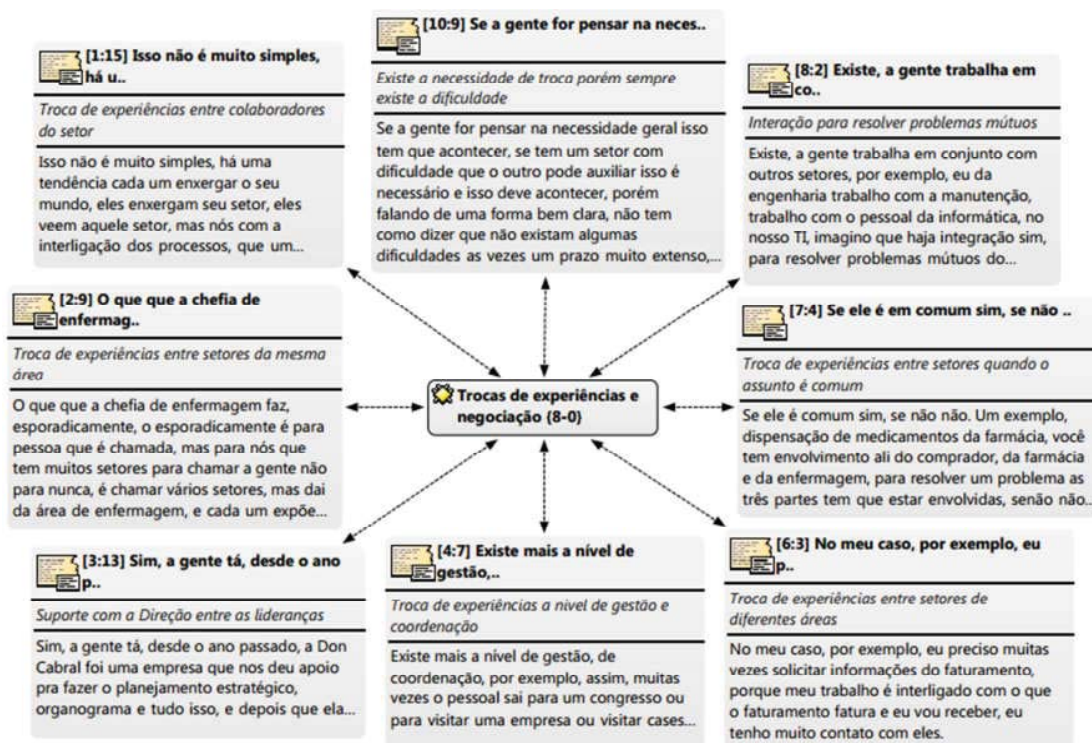
Existe, a gente trabalha em **conjunto com outros setores**, por exemplo, eu da engenharia trabalho com a manutenção, trabalho com o pessoal da informática, no nosso TI, imagino que haja integração sim, para resolver problemas mútuos do hospital, acredito que sim, com certeza, a empresa é uma só (Entrevistado P8).

Se a gente for pensar na necessidade geral isso tem que acontecer, se tem um setor com dificuldade que o outro pode auxiliar isso é necessário e isso deve acontecer, porém falando de uma forma bem clara, não tem como dizer que não existam algumas dificuldades as vezes um prazo muito extenso, as vezes uma resistência do próprio grupo, as vezes aquele grupo pode ficar desassistido enquanto outras solicitações que vieram a posteriormente são assistidas antes, a gente tem algumas situações assim que não tem como dizer que não, é necessário e elas acontecem, mais cedo ou mais tarde elas vão acontecer, esse suporte ele tem que acontecer [...]

(Entrevistada P10)

Os relatos utilizados na análise dessa categoria são sintetizados na Figura 11.

Figura 11 – ACAP assimilação – troca de experiências e negociação



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Dessa forma, entende-se que os hospitais estudados possuem habilidade de troca de experiências e negociação entre os colaboradores, em consonância com os estudos de Flatten

et al. (2011) e Camargo (2012). No Hospital Gama, essa habilidade ocorre entre colaboradores do mesmo departamento e diferentes departamentos, desde que o assunto seja em comum. Já no Hospital Beta, essa habilidade está mais presente entre os gestores e líderes e também ocorre entre colaboradores da mesma área.

c) Habilidade de Comunicação

A comunicação refere-se à habilidade da organização comunicar-se com seus clientes internos e externos (CAMARGO, 2012). Andreeva e Chaika (2006) consideram a capacidade de comunicação como uma habilidade não específica que faz parte do processo de mudança da organização, que é essencial para o desenvolvimento de capacidades dinâmicas.

Os gestores e responsáveis pelos setores entrevistados consideram a comunicação uma ferramenta importante para a organização. Quando questionados sobre a preocupação em repassar informações para as diferentes áreas, os relatos evidenciaram a percepção positiva dos entrevistados:

Existe, isso é muito mais com o RH, mas no que cabe a nós, o que é possível a gente faz, através dos **displays, dos pontos para bater o ponto no dedinho**, a gente tem são avisos geral, porque são muitas pessoas, e são turnos, manhã, tarde, noite e madrugada, então não é possível ir em todos no mesmo espaço e nem o mesmo momento. A gente dá a todos avisos geral dessa maneira, mas assim, o **RH faz reuniões com os gestores**, seguidamente com os seus públicos. Então a enfermagem se reúne com a enfermagem, a portaria, e assim por diante, todo mundo tem ciência do que estão passando, mas dentro dos seus setores isoladamente, não existe um seminário conjunto, não é viável (Entrevistada P3).

Quando eu tenho que fazer um comunicado eu **chamo os gestores** e eles que levam, em outros tempos eu fazia controle, assinava e mandava, se eu tiver que explicar a política salarial do acordo coletivo, eu chamo os gestores e eles são os porta voz. E também por muito tempo a gente pesava a eles não vão saber explicar, se eles não souber explicar, eu tenho que trabalhar mais pra eles aprender e conseguir explicar. Então eu quero que as respostas que o trabalhador precise encontrar no seu gestor, de preferência ali ou então através dele, que ele receba [...] (Entrevistado P4).

Com certeza até porque o nosso objetivo é comum, que é assistência integral e o cuidado ao paciente, então se a gente não tiver as **informações disseminadas** alguma área vai ficar desfavorecida e pode estar eminente ao erro ou uma falha na assistência (Entrevistada P5).

Eu acho que o que compreende o que todo mundo tem que saber, acredito que isso chegue de uma forma através das próprias **chefias setoriais**, que eles são os próprios que vão passar isso para os seus funcionários, eles recebem informação e repassam isso (Entrevistada P6).

Acontece, a **administração passa as informações para o grupo de gestores**, então nós fizemos uma reunião num grupo de gestores de aproximadamente cento e algumas pessoas, e esse grupo recebe a informação e tem a responsabilidade de disseminar ela para seus grupos. Quando acontece algo que é mais delicado, que exige uma comunicação muito mais próxima, esse ano, por exemplo, a gente está

tendo um ano bem complicado, em que começamos com várias dificuldades econômicas, o Estado dificultando nosso caminho, e aí o que aconteceu? a administração fez uma reunião com todos os gestores e fez uma reunião para tentar atingir todo o grupo de colaboradores, então foi uma semana onde a administração teve reuniões 4 horários no dia, quase todos os dias da semana, todos os horários, em função dos nossos espaços, nós tínhamos uma sala com 30 cadeiras então a gente tinha que ir dividindo os grupos, para fazer com que todo mundo tivesse a possibilidade de receber essa informação (Entrevistada P10).
Comunicação é um problema dentro da instituição, porque você tem, acho que hoje melhorou muito com a questão do e-mail, o e-mail ajuda muito para você poder divulgar as informações (Entrevistado P7).

Analisando os relatos apresentados, percebe-se que a parte de comunicação interna evoluiu e vem evoluindo nos últimos anos, de maneira a conseguir disseminar as informações que todos precisam saber, a partir de seu próprio gestor e das ferramentas disponíveis.

Dessa forma, a área de RH e a própria administração repassam as informações aos gestores, que tem a responsabilidade de passar para suas equipes. Há, porém, os casos mais delicados, os quais a própria direção tenta repassar para todos os colaboradores.

Quanto à habilidade de comunicação externa, o Hospital Beta tem o site, mas ainda não possui uma página no Facebook, que, segundo a gestora de marketing, é um mecanismo muito importante que poderia atingir milhões de pessoas sem nenhum custo.

[...] a gente não tem uma página do Hospital Beta no Facebook, nem no Instagram, se faz necessário porque é um meio que todo mundo faz e, além de tudo não tem custo e atinge milhões de pessoas [...]. (Entrevistada P3).

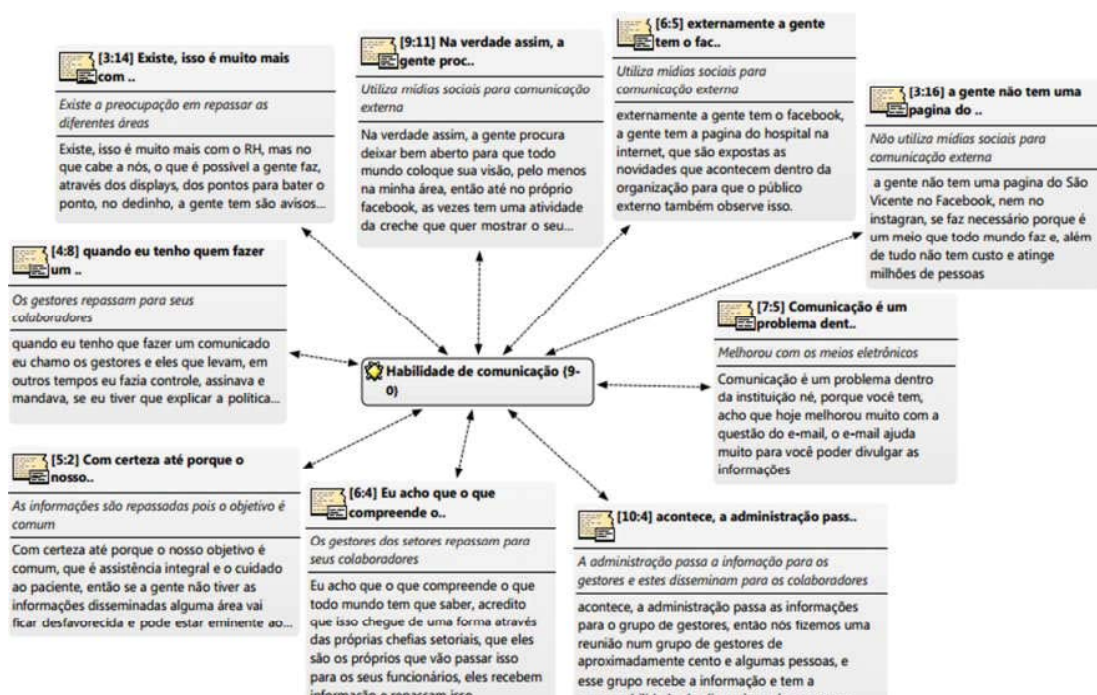
Já o Hospital Gama, além da página na internet, possui uma página no Facebook, que é uma forma de comunicar-se externamente e repassar as ações que são realizadas. É o que se confirma nestes trechos de entrevistas:

[...] externamente a gente tem o Facebook, a gente tem a página do hospital na internet, que são expostas as novidades que acontecem dentro da organização para que o público externo também observe isso. (Entrevistada P6).

Na verdade assim, a gente procura deixar bem aberto para que todo mundo coloque sua visão, pelo menos na minha área, então até no próprio Facebook, às vezes tem uma atividade da creche que quer mostrar o seu trabalho e aí a gente coloca numa abordagem pra que o público externo também entenda aquilo e consiga visualizar. (Entrevistada P9)

O resumo das respostas referentes a essa habilidade podem ser visualizadas na Figura 12.

Figura 12 – ACAP assimilação – habilidade de comunicação



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

A partir da análise das entrevistas e também da análise do conteúdo do site dos hospitais Beta e Gama, assim como na página do Facebook do Gama, percebem-se que essas ferramentas transmitem importantes acontecimentos, tanto para o público interno quanto externo. Trata-se de notícias, inovações, ocorrência de cirurgias inéditas e indicadores dos hospitais pesquisados.

Nessa lógica, os dados evidenciados demonstram que as organizações apresentam habilidade de comunicação com seus públicos interno e externo, em linha com o conceito de Andreeva e Chaika (2006) e com a habilidade de comunicação encontrada no estudo de Camargo (2012), essencial para que as organizações desenvolvam capacidades dinâmicas.

d) Diversidade

A diversidade é a habilidade e o comportamento da organização em compor equipes diversificadas, com relação a gênero, raças, culturas e credos (CAMARO, 2012). Equipes diversificadas também contribuem com habilidades de diversificar recursos cognitivos, permitindo superar diferenças e interpretar questões através do conhecimento coletivo sobre o novo conhecimento externo (JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005; OLIVEIRA, 2016).

As evidências empíricas mostram que as equipes nas organizações pesquisadas são diversificadas, tanto com relação a gênero quanto à geração e cultura. A composição das equipes leva em consideração a qualificação e o desempenho profissional, prevalecendo o conhecimento, como evidenciado nos relatos dos gestores.

A única coisa que a gente procura mesclar em cada setor é **funcionários femininos e masculinos**, enfermeiros não é importante se é masculino ou feminino, mas o técnico sim, aquele que vai dar o banho é importante. Enfermeiro na gestão ou na assistência não vai fazer muita diferença, claro se eu vou ser sondada por um homem ou uma mulher muitas vezes pode ter diferenças, mas eu tenho homem até na maternidade hoje em dia [...] Nos demais setores de internação pelo menos um homem por turno eu procuro ter, porque tem aqueles de mais idade que não querem que a mulher dê o banho, então não adianta, tu tem que ter um por turno e até por força, às vezes precisa de alguém com mais força para ajudar a botar na cadeira [...]. Então é só nessa situação, senão não se pensaria em gênero, religião. (Entrevistada P2).

[...] hoje nós temos na mesma unidade **pessoas jovens** com 20 e poucos anos e **pessoas sênior**, digamos assim, que na enfermagem passa dos 45, 50 anos porque atividades especiais só que se aposenta com 25 anos de empresa. Ontem mesmo no trabalho que a gente fez ali dos palestrantes, eles demonstraram estilos de liderança, então a gente sabe, apesar de que alguns acham que não, mas existem vários estilos, até numa forma meio rude. É a caixa de ferramentas que nós devemos saber qual usar, caso contrário, se usar a ferramenta errada vai quebrar a ferramenta ou vai quebrar a peça [...]. Como eu no cargo sempre fui do lado dos jovens, do primeiro emprego, então, digamos assim, a empresa está constantemente sendo oxigenada pelos jovens, mas também cuidando da manutenção nos mais velhos, por isso que aqui dentro da empresa nós **não temos problemas de conflitos de gerações**, porque tem gestores de 20 e poucos anos coordenando pessoas de mais idade [...]. Está sempre acontecendo o novo, através da pesquisa, através da vinda de novos profissionais, não importa, se ele é um profissional médico que vem com uma formação de uma outra faculdade, um outro estado, a cultura que ele trás de lá, aos pouco ela vai também disseminando, e a gente percebe muito claramente, um médico formado aqui pela UPF tem uma forma de agir, um médico formado em outro centro do país, por exemplo, uma outra visão a ideia é muito mais multidisciplinar, enquanto que aqui ela é muito focada no médico tomador de todas as decisões [...] (Entrevistado P4).

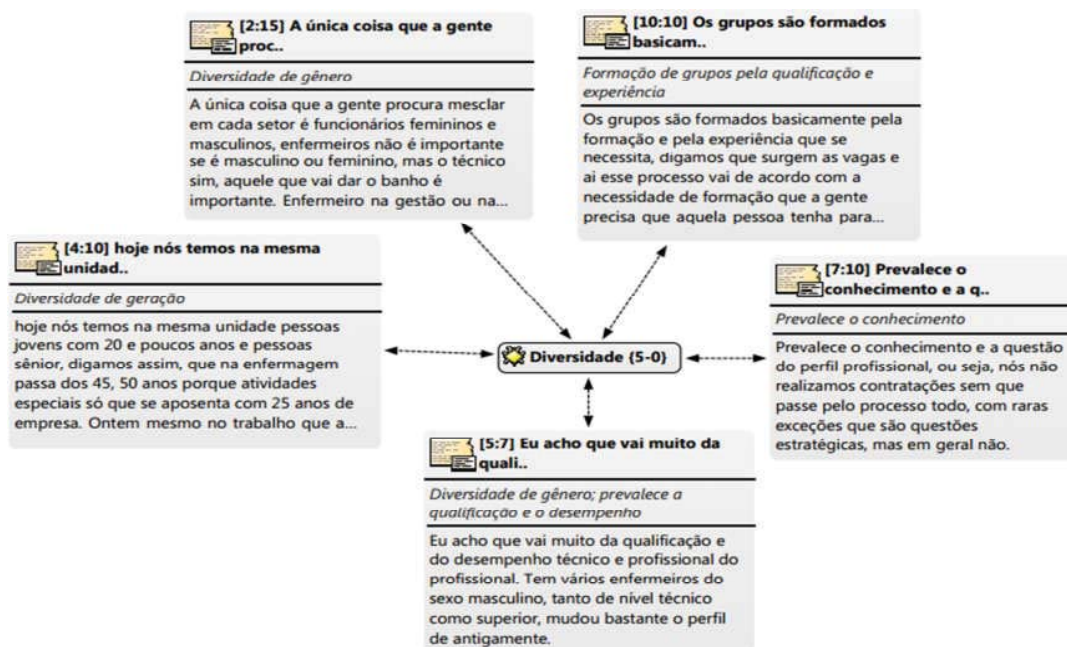
Eu acho que vai muito da **qualificação e do desempenho técnico e profissional** do profissional. Tem vários enfermeiros do sexo masculino, tanto de nível técnico como superior, mudou bastante o perfil de antigamente (Entrevistada P5).

Prevalece o **conhecimento** e a questão do perfil profissional, ou seja, nós não realizamos contratações sem que passe pelo processo todo, com raras exceções que são questões estratégicas, mas em geral não (Entrevistado P7).

Os grupos são formados basicamente pela **formação** e pela **experiência** que se necessita, digamos que surgem as vagas e aí esse processo vai de acordo com a necessidade de formação que a gente precisa que aquela pessoa tenha para assumir aquele grupo, acredito que assim, alguma outra especificidade acredito que não. Daqui a pouco alguma peculiaridade, a para trabalhar no setor X a pessoa não pode portar uma deficiência específica, algumas questões assim, mas muito focado na questão da formação (Entrevistada P10).

13. A síntese das respostas referentes a essa categoria podem ser visualizadas na Figura 13.

Figura 13 – ACAP assimilação – diversidade



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Após a análise dos relatos apresentados, não foi identificado qualquer tipo de discriminação quanto a gênero, cultura, raça, religião, entre outras. Portanto, entende-se que as organizações estudadas apresentam a habilidade e o comportamento de constituir equipes diversificadas, permitindo diferentes interpretações do novo conhecimento adquirido, em conformidade com o conceito de Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005) e aprendizado com diferentes culturas, gêneros e gerações (CAMARGO, 2012).

e) Entendimento das necessidades dos clientes

Essa capacidade refere-se ao comportamento e à habilidade de entender e atender as necessidades dos clientes (CAMARGO, 2012), formando a oportunidade de atender os clientes rapidamente (JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005) e trabalhando de forma orientada para o mercado.

Percebe-se que as organizações estudadas trabalham de forma orientada para o mercado, buscando novas tecnologias para atender seus clientes, criando novos serviços

orientados pela questão da epidemiologia e novos pacotes de serviços para atender os convênios, de acordo com suas necessidades financeiras. É o que demonstram os relatos:

[...] Agora até ontem nós tivemos aqui apresentação da **cirurgia robótica**, fazer cirurgia com um robô, então isso é uma **tecnologia moderna** que está aí de São Paulo, o Eistein tem o aparelho, nós já estamos começando a estudar isso, não que nós vamos implementar isso agora, é uma coisa muito cara. Mas veja bem, os médicos foram pra fora, já viram isso, olha o Hospital Beta precisa também começar a pensar também na cirurgia robótica, não da pra nós ficar de fora disso, então o hospital já começou a trazer empresas para demonstrar como é que é, qual é o custo, se tem retorno, se os convênios vão pagar isso, a segurança do paciente, uma série de coisas né, e realmente tem muita segurança, minimiza o risco para o paciente [...]. Até o ano de 2030 o crescimento da população com câncer é muito grande, então o hospital tem que estar preparado pra atender essa demanda [...]. Um dos fatores também é a **epidemiologia**, ou seja, os tipos de doenças que vão surgindo, então isso é o principal, então você tem que atender a necessidade de uma população doente, a epidemiologia que rege isso [...] (Entrevistado P1).

No sentido de assistência, isso é uma coisa que tem que ser mais rápido, porque a assistência eu não posso deixar pra amanhã, o paciente ali com dor tendo que ser assistido eu tenho que ser ágil (Entrevistada P2).

Sim, com certeza, voltado para minha área de equipamentos, a gente detecta a necessidade de colocar um serviço novo, por exemplo, agora nós estamos **ampliando a hemodinâmica**, então nos estamos com **outra máquina sendo instalada**, que vai melhorar o serviço num todo, trazendo outros serviços no suporte. Então com certeza eu acho que sempre estamos tentando uma busca de melhoria tecnológica para melhorar o serviço dentro do hospital e atender melhor a população (Entrevistado P8).

Na marra, os convênios estão com dificuldades econômicas financeiras estão cada vez pedindo criação de novos pacotes ou procedimentos para tentar economizar pra eles a questão do custo e nós também precisamos estar se **adaptando** e tentando atender ele como cliente (Entrevistado P7).

[...] quando tem alguma necessidade de mudança, ou até que o mercado possibilita uma inserção maior, a gente agora tem... faz uns 3, 4 meses que o nosso serviço de **hemodinâmica e endoscopia foi ampliado**. Então falam da crise, então esse é um investimento nessa época porque se viu que tinha essa possibilidade no momento (Entrevistada P9).

Por outro lado, as entrevistadas P3 e P10 argumentam, em relação à velocidade com que as novas tecnologias são implantadas, que as organizações compreendem as necessidades dos clientes rapidamente, porém, às vezes, não conseguem adequar-se na mesma velocidade, em função de algumas dificuldades, principalmente financeiras. Seus relatos confirmam essa situação:

Não, eu acho que ali a única coisa é rapidamente, **rapidamente não**, entendeu, porque é tudo muito grande, tudo muito amplo, então tem que ser pensado que tudo tem investimento, e como hoje o governo já não nos repassa dinheiro a um tempo, o rapidamente não é efetivado, a gente faz o que é muito importante e urgente, sim, mas não, de repente no impulso que deveria e no tamanho que deveria. Mas a gente

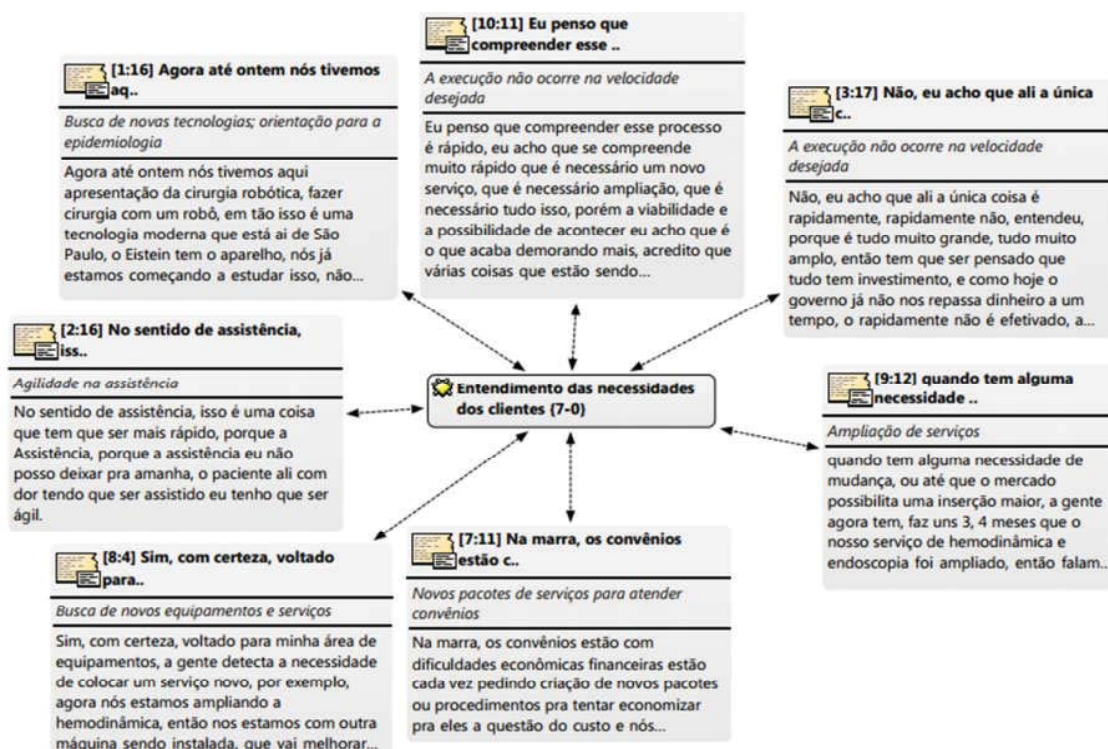
sabe que eles tem o interesse, que eles enxergam e que eles entendem, mas não rapidamente (Entrevistada P3).

Eu penso que compreender esse processo é rápido, eu acho que se compreende muito rápido que é necessário um novo serviço, que é necessário ampliação, que é necessário tudo isso, porém a **viabilidade e a possibilidade de acontecer eu acho que é o que acaba demorando mais**, acredito que várias coisas que estão sendo implantadas agora elas já haviam sido percebidas como necessidade a muito tempo, porém elas não tinham a viabilidade de acontecer, ou por motivos financeiros, ou por motivos de estrutura ou uma outra questão assim, porque acaba interferindo em várias outras áreas também, eu acredito que ao meu ver, por participação em reuniões, enfim, que se tem essa percepção de forma rápida, o que acaba demorando é para se efetivar isso (Entrevistada P10).

Corroborando o exposto, a questão da velocidade em que as novas tecnologias ocorrem também é percebida no relato do entrevistado P1. As necessidades dos clientes são detectadas, entretanto não são implementadas imediatamente, em função das dificuldades financeiras que essas organizações estão enfrentando.

Os relatos utilizados para análise desta categoria são sintetizados na Figura 14.

Figura 14 – ACAP assimilação – entendimento das necessidades dos clientes



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Dessa forma, entende-se que tanto o Hospital Gama quanto o Hospital Beta atuam de forma orientada para o mercado, entendendo rapidamente as necessidades de seus clientes, em

consonância com os achados no estudo de Camargo (2012). Todavia, com base em alguns relatos, o atendimento não ocorre de forma tão rápida, como validado no estudo de Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005).

Rosa (2016) identifica que a orientação para o mercado na empresa de vestuário analisada pode ser compreendida tanto como um comportamento, em relação ao posicionamento adotado pela empresa, quanto uma habilidade, no sentido de criar relacionamentos duráveis com clientes, fornecedores e membros do canal de distribuição.

4.3.1.3 Dimensão transformação

Nesta seção serão relacionados os comportamentos e as habilidades que facilitam a transferência e a combinação do conhecimento anterior com o conhecimento recém-adquirido e assimilado (ZAHRA E GEORGE, 2002).

As evidências foram analisadas a partir dos conceitos de Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005), Flatten *et al.* (2011) e Camargo (2013). Os comportamentos e as habilidades caracterizados nessa dimensão foram: compartilhamento de objetivos e experiências, conectividade (confiança, cooperação, interação e colaboração) e aceitação de propostas.

a) Compartilhamento de objetivos e experiências

O compartilhamento de objetivos e experiências refere-se ao comportamento e às habilidades dos diferentes setores e departamentos em estruturar e utilizar o conhecimento coletivo (FLATTEN *et al.*, 2011).

Dessa forma, nos hospitais estudados, avaliou-se a habilidade de interação entre os colaboradores de diferentes setores no compartilhamento de informações e experiências. De acordo com os relatos dos gestores, no Hospital Beta, percebe-se que essa prática não é muito forte na organização, ocorrendo na medida do necessário. Os gestores, entretanto, gostariam que fosse mais trabalhada, até porque os setores têm necessidade de trabalhar de forma interligada.

O que vem fomentando mais essa prática, conforme a entrevistada P2, é a própria residência multiprofissional, que promove esse compartilhamento. Os depoimentos a seguir evidenciam essas colocações:

[...] a gente, na minha opinião menos que o necessário, mas a **gente se interliga**, ao menos uma vez por mês todas **as gerencias se encontram pra trocar figurinhas** e a gente se isola bastante nisso, cada um trabalha por si, apesar de na necessidade

eu ter que contatar a enfermagem, eu ter que contatar a área de recursos humanos, médica, mas não é uma Norma, não existe uma regra de que todo dia 10 a gente vai ter uma reunião, não, na verdade não existe reunião, agora a gente tem uma reunião, a pouco feita de setores estratégicos feita pra trocar figura, mas de quase todos os setores se interligando, sabendo o que eu estou fazendo, o que tu está fazendo né, para ter uma noção do todo não, mas a gente, agora teve a pouco a primeira reunião geral para ter um conhecimento. Agora vai ter no mínimo 2 reuniões gerenciais por mês. Uma para discutir pormenores e a outra pra abrir para o grupo maior (Entrevistada P3).

Então dependendo da necessidade existe esse compartilhamento entre os setores, as **reuniões multidisciplinares**, na própria assistência ao paciente é preconizado que exista as avaliações multiprofissionais, inclusive em beira do leito, em locais de pacientes mais graves passa o enfermeiro, o medico, o nutricionista o farmacêutico e discute o caso. Mas isso com a **residência multiprofissional** que nos conseguimos fomentar com mais tranquilidade, porque antes nos tínhamos só residência médica, não só no hospital, mas só existia isso e de uns anos pra cá o próprio ministério da educação e o ministério da saúde começaram a estimular que existisse residência não só médica, residência para o enfermeiro, para a nutricionista, para o farmacêutico, para psicólogo [...] os próprios residentes começam a interagir, então foi um momento que eu acho importante que nós conseguimos fazer com que as equipes multiprofissionais conseguissem finalmente compartilhar (Entrevistada P2).

Corroborando essa ideia, o gestor entrevistado P1 cita um exemplo da necessidade de interligação, inclusive em setores mais burocráticos:

Há mas tem os setores burocráticos, por exemplo, o faturamento reclama se a alta do paciente aconteceu e não mandaram a conta pra ele faturar, então eles precisam se integrar e se o outro não mandou a conta, ele não tem como [...], o faturamento tem um indicador, qual é o número de contas que não foram faturadas e ele é cobrado por isso, então eles se obrigam a quase que estarem sempre **interagindo** um com o outro (Entrevistado P1).

Já a gestora entrevista P2 argumenta: *“as pessoas gostam muito de trabalhar aqui, porque existe o compartilhamento de tudo”*.

A partir desses depoimentos, infere-se que, no Hospital Beta, os setores de assistência têm essa prática mais visível e mais forte, até por estarem envolvidos diretamente com a vida das pessoas. Já nos setores administrativos, é menos visível, mas está melhorando com a questão da acreditação hospitalar.

No Hospital Gama ficou mais evidente o envolvimento entre os colaboradores de diferentes áreas no compartilhamento de informações e experiências, desde que o problema seja comum entre os departamentos. É o que se confirma com os exemplos citados nos depoimentos dos entrevistados:

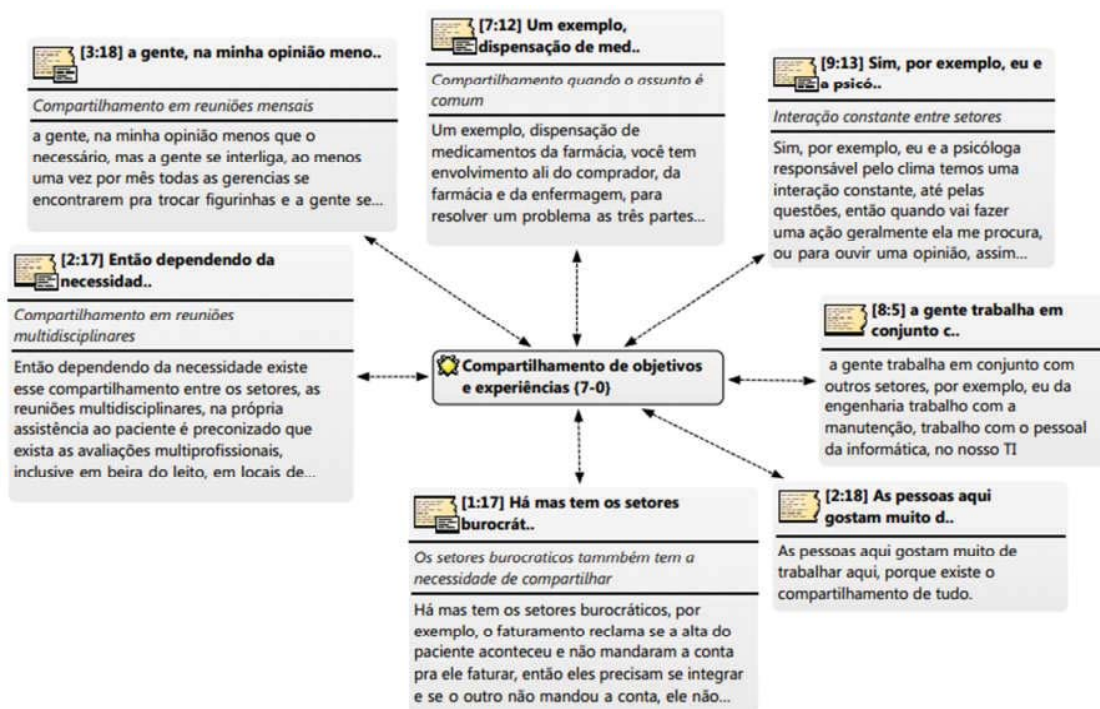
[...] a gente trabalha em **conjunto com outros setores**, por exemplo, eu da engenharia trabalho com a manutenção, trabalho com o pessoal da informática, no nosso TI [...] (Entrevistado P8).

Sim, por exemplo, eu e a psicóloga responsável pelo clima temos uma interação constante, até pelas questões, então quando vai fazer uma ação geralmente ela me procura, ou para ouvir uma opinião, assim como eu também procuro ela, mas de outras áreas, assim, eu não vou saber te falar, mas por exemplo, eu tenho o conhecimento que aqui dentro tem **um grupo formado por pessoas de várias áreas**, que é responsável também pelo planejamento estratégico, então são pessoas de várias áreas que discutem em conjunto as ações que podem ser tomadas (Entrevistada P9).

Um exemplo, dispensação de medicamentos da farmácia, você tem envolvimento ali do comprador, da farmácia e da enfermagem, para resolver um problema as três partes tem que estar envolvidas, senão não consegue, então há envolvimento de várias áreas (Entrevistado P7).

A Figura 15 apresenta uma síntese das respostas relativas ao comportamento e habilidade de compartilhar objetivos e experiências.

Figura 15 – ACAP transformação – compartilhamento de objetivos e experiências:



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Embora alguns gestores do Hospital Beta concordem que essa interação entre os diferentes setores para compartilhar objetivos e experiências precisa melhorar, pode-se dizer que ambos os hospitais apresentam habilidade e comportamento de compartilhar objetivos e experiências entre diferentes departamentos, visto que essa integração é necessária no ambiente hospitalar.

b) Conectividade (confiança, cooperação, interação e colaboração)

Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005) definiram e validaram a conectividade como um constructo que aumenta a capacidade de transformação e aplicação, conduzindo a organização ao desenvolvimento da capacidade absorviva. Posteriormente Versiani *et al.* (2010) classificam esse constructo como antecedente de ambas as dimensões. Nesse estudo a conectividade é considerada um comportamento e uma habilidade que permitem o fluxo de informações eficiente entre diferentes áreas, facilitando a troca de ideias e interpretações, conduzindo à adaptação e utilização do novo conhecimento (JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA *et al.*, 2005).

Nesse sentido, nas organizações estudadas foi questionado quanto à existência da colaboração de forma espontânea, a fim de analisar a conectividade entre os colaboradores. No Hospital Beta percebe-se que não existe essa colaboração de forma espontânea entre as pessoas, principalmente quando se trata de equipes diferentes, o que pode ser percebido no relato do gestor entrevistado P11 na categoria anterior. E por meio do relato da gestora entrevistada P3 essa dificuldade fica mais evidente:

Olha, não muito de forma espontânea assim, a gente tem as portas abertas para todo mundo, exemplo, o que tu acha disso ou daquilo?, mas assim, é interpessoal, mais **setores gerenciais**. Eu nunca vi nesses 6 anos alguém entrar de um setor, que não seja uma pessoa que eu tenha lá as reuniões, para sugerir, ou para questionar não (Entrevistada P3).

Por outro lado, na visão do entrevistado P4, a conectividade entre os colaboradores existe, porém ela é informal e não ocorre somente por meio de reuniões ou outros mecanismos formais.

Eu acho que ela acontece **informalmente com naturalidade**, como com naturalidade qualquer funcionário pode vim falar comigo a hora que ele quiser, se eu estiver aqui vou receber qualquer um a qualquer hora. Mas existe e é desejada, mas, por exemplo, assim, amanhã a gente vai se reunir, tipo controle de qualidade, não tem (Entrevistado P4).

No Hospital Gama alguns entrevistados afirmam que existe conectividade, cooperação e interação, porém outros relatam que existe, mas não é tão intensa e depende muito do setor. Dessa forma, entende-se que essa contradição existe porque cada setor do hospital age de forma diferente. Alguns interagem mais, até por ter essa necessidade, enquanto outros interagem menos. Os relatos que seguem evidenciam esse fato:

Eu acredito que sim, **troca de ideias sim**, isso ai é bem, como eu te falei eu preciso do faturamento, uma troca de ideia com eles, alguma coisa relacionada, sempre a gente consegue trocar ideia de uma maneira muito boa (Entrevistada P6).

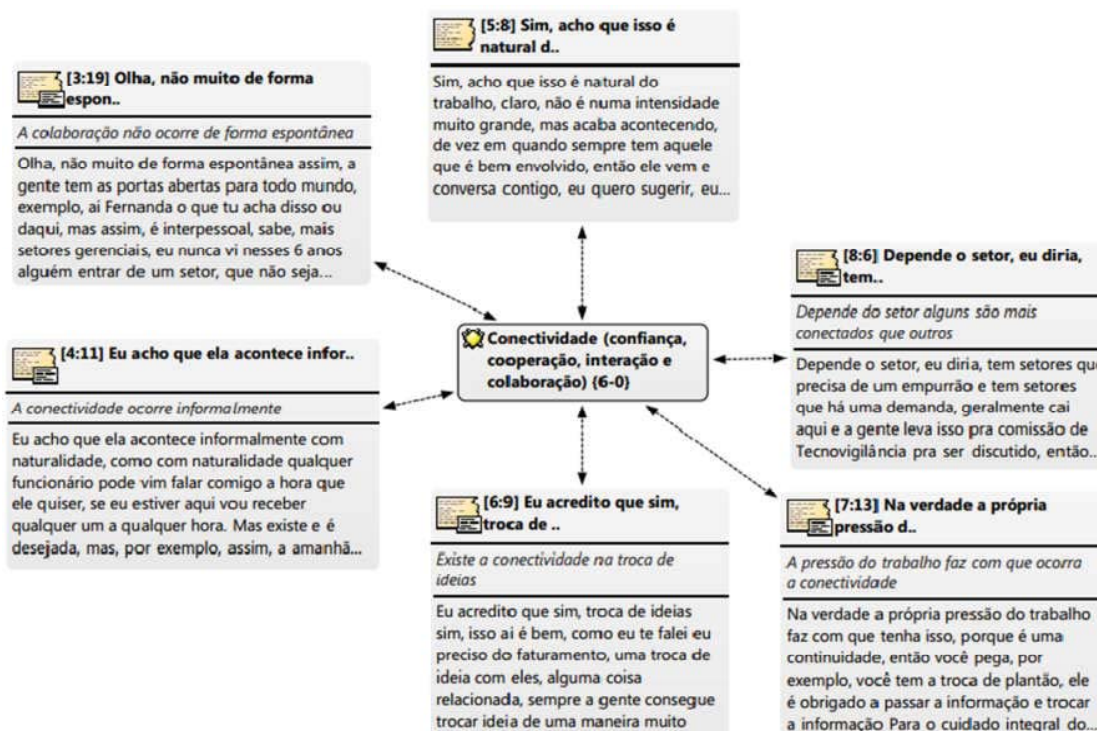
Na verdade a própria pressão do trabalho faz com que tenha isso, porque é uma continuidade, então você pega, por exemplo, você tem a troca de plantão, ele é obrigado a passar a informação e trocar a informação para o cuidado integral do paciente, então isso exige e existe (Entrevistado P7).

Depende o setor, eu diria, tem setores que precisa de um empurrão e tem setores que há uma demanda, geralmente cai aqui e a gente leva isso pra comissão de Tecnovigilância pra ser discutido, então existe umas portas de entrada pra chegar na administração, mas não são todos os setores que tem essa visão, tem alguns que tem outros não tem, não vou te dizer que seria mais equilibrado, não é (Entrevistado P8).

Sim, acho que isso é natural do trabalho, claro, **não é numa intensidade muito grande**, mas acaba acontecendo. De vez em quando sempre tem aquele que é bem envolvido, então ele vem e conversa contigo, eu quero sugerir, eu quero te contar, eu vi em tal lugar, então tem essa troca (Entrevistada P5).

Os relatos referentes à análise desta categoria são sintetizados na Figura 16.

Figura 16 – ACAP transformação – conectividade



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Com base nos dados empíricos, infere-se que existe essa conectividade entre os colaboradores da mesma área e entre áreas, até pela necessidade, em função de serem

organizações hospitalares e por um setor depender do outro, porém ocorre de maneira informal. Esses achados estão em consonância com o constructo de conectividade validado por Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005).

c) Aceitação de propostas

Camargo (2012) classifica essa capacidade como um comportamento da organização e de seus gestores aceitar propostas feitas pelos colaboradores. Nas organizações estudadas, buscou-se compreender, por meio desse comportamento, se as organizações proporcionam a participação de todos em ideias e sugestões em novos processos e, quando ocorrem, se existe essa liberdade de opinião de seus colaboradores.

Essa categoria é respondida com as mesmas evidências da categoria de acesso aos níveis decisórios³. Dessa forma, de acordo com os relatos dos gestores entrevistados, existe essa liberdade de opinião entre o gestor e sua equipe em ambos os hospitais. O gestor entrevistado P4 cita como exemplo o caso da acreditação hospitalar:

Se a gente olhar um pouco, por exemplo, na questão da acreditação né, ela é construída com a equipe, o gestor é orientado, assessorado, mas é a equipe que vai escrevendo aquilo que realmente acontece e respondendo as não conformidade, aí nem teria como ser diferente, porque não teria como saber. [...] lá na linha de frente o funcionário tem que ter autoridade suficiente, autonomia suficiente para fazer o trabalho fluir [...] (Entrevistado P4)

Além disso, nota-se que o funcionário tem liberdade, uma vez que é dada a ele a autonomia para realização de seu trabalho.

Já o envolvimento dos colaboradores em outros departamentos, dando opiniões e sugestões diretamente ao nível diretivo da organização, não ocorre. O que ocorre é essa liberdade de opinião e aceitação de propostas entre os gestores dos diversos departamentos, juntamente com a diretoria.

Algumas atividades que envolvem mais áreas têm um acesso maior para opiniões de todos os colaboradores. Esse fato foi identificado no Hospital Gama, por meio do relato da entrevistada P9 quando o hospital decidiu implantar o jornal:

[...] recentemente a gente teve uma pesquisa interna que nós ouvimos todos os colaboradores sobre a possibilidade de nós fazermos um jornal interno, a gente queria saber se eles gostariam da ideia, o que eles gostariam de ver lá, pra se trabalhar um pouquinho mais esse perfil interno, então foram ouvidos todo mundo [...] (Entrevistada P9)

³ Os relatos foram apresentados na categoria “acesso a níveis decisórios”, item “a” da seção 4.3.1.2 – Dimensão assimilação.

Diante do exposto, percebe-se que tanto o Hospital Gama quanto o Hospital Beta apresentam comportamento de aceitação de propostas feitas pelos colaboradores, visto que é dada liberdade para os colaboradores expressar suas opiniões para seus gestores, os quais têm liberdade de encaminhá-las ao corpo diretivo.

No estudo de Brancher (2016), realizado na empresa Rudnick, do setor moveleiro, um dos achados com relação à transformação do conhecimento é que a mudança pela qual a empresa havia passado tornou sua estrutura organizacional flexível para que todos participassem da construção do conhecimento em conjunto. Essa estrutura organizacional flexível também tem relação com a categoria analisada.

4.3.1.4 Dimensão Aplicação

Nesta seção serão apresentadas as evidências relacionadas aos comportamentos e às habilidades que as organizações estudadas apresentam para incorporar o conhecimento adquirido, transformado e assimilado às suas operações e rotinas, visando aperfeiçoá-las e refiná-las, bem como criar novas operações, competências e rotinas.

As evidências foram analisadas a partir dos conceitos de Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia e Fernández-de-Lucio (2008), Flatten *et al.* (2011) e Camargo (2012). Os comportamentos e as habilidades caracterizados nessa dimensão foram: habilidade de desenvolvimento de projetos e habilidade de trabalhar com novas tecnologias.

a) Habilidade de desenvolvimento de projetos

A existência de um Departamento de Pesquisa e Desenvolvimento interno é proposto por Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia e Fernández-de-Lucio (2008) como um antecedente da dimensão de aplicação da capacidade absorptiva. Esse antecedente considera que para a organização poder explorar o conhecimento externo, ela precisa ter atividades de pesquisa e desenvolvimento desenvolvidas internamente. Entende-se que a habilidade de desenvolvimento de projetos identificada no estudo de Camargo (2012) vai ao encontro com esse antecedente.

Essa habilidade foi pesquisada nas organizações hospitalares estudadas. O Hospital Beta possui uma superintendência de ensino, pesquisa e tecnologia, que é responsável pela busca de novas tecnologias na área hospitalar. É o que relata o gestor entrevistado P1:

Nós temos uma **superintendência de ensino, pesquisa e tecnologia** e essa superintendência tem a preocupação de cuidar do ensino, cuidar das novas tecnologias, por exemplo, na área da cardiologia, na área de órteses e próteses, que nós chamamos, os materiais implantados, então isso é material aprovado, recomendado, passou na Anvisa, na Agência Nacional de Saúde, tem aprovação, tem recomendação, passa tudo por um estudo antes, ai tá bom, o hospital pode introduzir esse material, ele é introduzido (Entrevistado P1)

Na questão de desenvolvimento de projeto, a gestora entrevistada P3 comenta: “nós temos uma área de **Ensino e Pesquisa**, mas a parte de projetos não, quem busca deve ser a direção”.

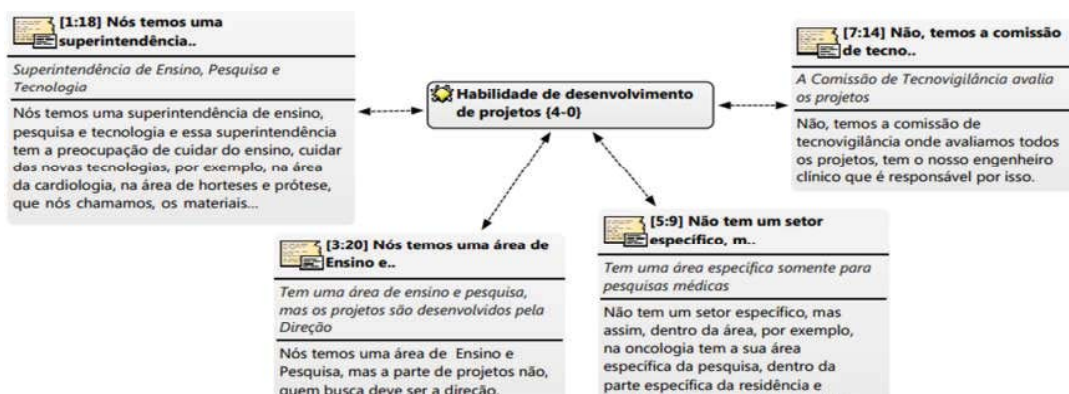
No Hospital Gama não foi identificado um setor específico para P&D, porém há o Setor da Engenharia, que é responsável pela pesquisa de novas tecnologias e projetos, as pesquisas médicas da oncologia, e a Comissão de Tecnovigilância, que é responsável por essa análise. Os relatos que seguem evidenciam tais fatos:

Não tem um setor específico, mas assim, dentro da área, por exemplo, na oncologia tem a sua área específica da **pesquisa**, dentro da parte específica da residência e acadêmica, tem uma área específica (Entrevistada P5).

Não (não tem departamento específico para P&D), temos a comissão de tecnovigilância onde avaliamos todos os projetos, tem o nosso engenheiro clínico que é responsável por isso (Entrevistado P7).

Os relatos referentes a análise da habilidade de desenvolvimento de projetos são sintetizados na Figura 17.

Figura 17 – ACAP – Dimensão aplicação – habilidade de desenvolvimento de projetos



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Analisando os relatos dos gestores de ambos os hospitais, nota-se que tanto o Hospital Beta quanto o Hospital Gama tem habilidade de desenvolvimento de projetos em consonância com o estudo de Camargo (2012). Os projetos são desenvolvidos pela Diretoria em conjunto com os setores responsáveis: no Hospital Beta, com a Superintendência de Ensino, Pesquisa e Tecnologia; e no Hospital Gama, com a Engenharia Clínica. Embora não possuam um departamento específico de pesquisa e desenvolvimento, os setores mencionados suprem tal necessidade.

b) Habilidade de trabalhar com novas tecnologias

A habilidade de trabalhar com novas tecnologias é um componente da capacidade absorptiva proposto por Flatten *et al.* (2011), que reflete na capacidade da organização combinar conhecimento e de adaptar-se facilmente às novas tecnologias. Posteriormente essa habilidade foi aplicada no estudo de Santos (2015) em organizações que utilizam ferramentas de *Business Intelligence 2.0*, identificando que essas empresas possuem a habilidade de trabalhar com adoção de novas tecnologias.

Os hospitais Beta e Gama estão sempre buscando novas tecnologias para acompanhar o mercado e inovar, porém um fator limitador é o custo, identificado no relato da gestora entrevistada P3. Portanto, as novas tecnologias são bastante estudadas antes da sua implementação. Segue relatos evidenciando tais constatações:

Isso aí é uma coisa que a gente está sempre tentando ser aquela **empresa na região que inova**, sempre é o Hospital Beta que **traz tecnologia nova**, não existe assim, um hospital trazer pra depois o Hospital Beta [...] (Entrevistada P2).

Sempre a gente está procurando, mas depende muito do valor, do custo, então querer, a gente queria comprar o melhor equipamento, mas tem que analisar a realidade e ver quanto disso agora, se investir vai retornar, porque é inevitável que tem que retornar, para poder custear, então existe sim, só ela é muito estudada (Entrevistada P3)

Em termos tecnológicos o hospital sempre tenta acompanhar, sempre tenta trazer **novas tecnologias** [...] (Entrevistado P7)

Com certeza, é o que eu estava comentado de colocar mais equipamentos, melhorar, a gente está sempre na busca de melhorar e ser um pouco melhor sempre que o concorrente, então nós estamos sempre numa luta para colocar serviços e atender melhor (Entrevistado P8)

O Gestor Entrevistado P1 cita um exemplo de novas tecnologias que estão sendo estudadas no Hospital Beta:

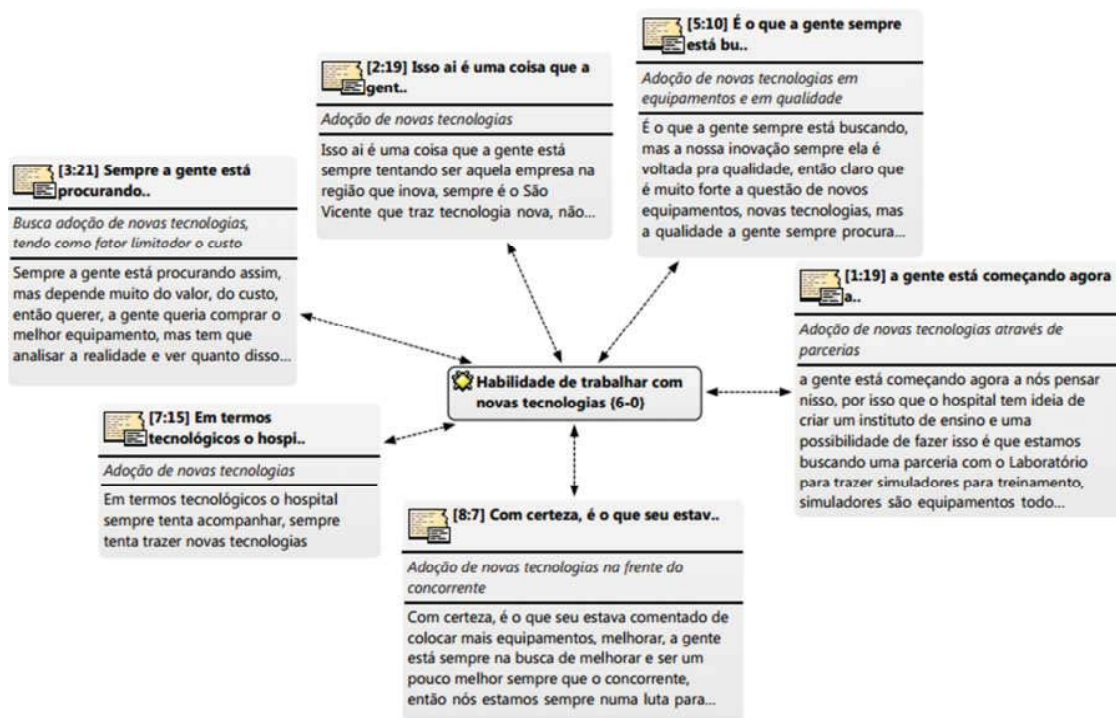
[...] a gente está começando agora a nós pensar nisso, por isso que o hospital tem ideia de criar um instituto de ensino e uma possibilidade de fazer isso é que estamos buscando uma parceria com o Laboratório para trazer simuladores para treinamento, simuladores são equipamentos todo informatizado, aonde o médico vai poder operar num boneco, como se estivesse fazendo uma cirurgia de vesícula, é tão perfeito que aonde você cortar um lugar que não deveria ter cortado vai sangrar, ou um nervo que você cortou vai causar tal dano, então é **uma tecnologia muito avançada**, tem um simulador que nós vamos usar também para os residentes que se formam aqui e da mesma forma para os médicos da região que querem treinar, fazer cirurgia por vídeo, fazer vários tipos de cirurgias que hoje você faria num paciente e você vai antes treinar [...].

A Gestora Entrevistada P5 comenta a questão da inovação em qualidade:

É o que a gente sempre está buscando, mas a nossa **inovação sempre ela é voltada pra qualidade**, então claro que é muito forte a questão de novos equipamentos, novas tecnologias, mas a qualidade a gente sempre procura ser nosso carro chefe.

A Figura 18 apresenta uma síntese das respostas utilizadas na análise desta habilidade.

Figura 18 – ACAP aplicação – habilidade de trabalhar com novas tecnologias



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Por meio da análise dos relatos dos gestores entrevistados, percebe-se que os hospitais tem habilidade de trabalhar com adoção de novas tecnologias, inovando não só com relação a

equipamento, mas também em qualidade, porém, em razão dos custos, elas devem ser bem avaliadas antes de sua implantação.

4.3.1.5 Sistematização dos elementos que caracterizam os comportamentos e habilidades da capacidade absorptiva

Com base na análise das categorias, a partir dos dados empíricos coletados nas entrevistas e na pesquisa documental realizada nos dois hospitais, pode-se concluir que ambos apresentam um conjunto de comportamentos e habilidades necessárias para o desenvolvimento da capacidade absorptiva em consonância com os autores estudados.

O Quadro 21 sistematiza os comportamentos e as habilidades para o desenvolvimento de cada uma das dimensões da capacidade absorptiva identificadas nos hospitais, que compõem as categorias analisadas.

Quadro 21 – Sistematização dos resultados dos comportamentos e habilidade da capacidade absorptiva

COMPORTAMENTOS E HABILIDADES DAS DIMENSÕES DA CAPACIDADE ABSORTIVA			
Dimensões	Categorias	Hospital Beta	Hospital Gama
Aquisição	Capacidade de detectar oportunidades	-Busca detectar oportunidades orientado para a epidemiologia; -Analisa clientes, mercado, fornecedores e concorrentes; -Analisa a matriz SWOT (oportunidades, ameaças, pontos fortes e pontos fracos).	-Busca de oportunidades pela avaliação de concorrentes e qualificação de seus profissionais; -Atualizações para atender Normatizações, NRs e Portarias, como oportunidade de melhorar sua estrutura.
	Capacidade da organização entender a mudança	- Os médicos buscam formação fora, participando de cursos, jornadas, congressos, etc.; - Publicação de trabalhos de pesquisas e apresentações em congressos; - Os colaboradores buscam informações na internet; são avaliados positivamente por contribuir com ideias; - Busca de informações em outros hospitais; -Avaliação de desempenho incentivando a busca de informações externas.	-Sempre existe essa cobrança nas reuniões mensais, de ampliar o olhar e evoluir; - A busca de informações externas é um ponto bem deficitário para o nível técnico, o hospital promove treinamentos internos para que haja participação. - Busca de informações em outros hospitais.
	Incentivo aos colaboradores para utilizarem informações externas	-Incentivo por meio de auxílio financeiro parcial para cursos, pós-graduação, congressos e curso técnico de Enfermagem; - Incentiva a busca de informações na internet; - Incentivo através do repasse das informações adquiridas externamente para o público interno.	-Incentivo com horários diferenciados para colaboradores que buscam crescimento intelectual, desde que seja viável e compatível com o hospital. - Liberdade para os colaboradores colocarem suas opiniões.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2017).

(Continua)

COMPORTAMENTOS E HABILIDADES DAS DIMENSÕES DA CAPACIDADE ABSORTIVA			
Dimensões	Categorias	Hospital Beta	Hospital Gama
Aquisição	Entender a mudança como algo normal,	- Os gestores e líderes tem o comportamento de entender a mudança como normal, porém este comportamento não está intrínseco em toda organização.	- Os gestores e líderes têm o comportamento de entender a mudança como normal, porém este comportamento não está intrínseco em toda organização.
	Habilidade da organização aproveitar <i>feedback</i>	- A organização aproveita <i>feedbacks</i> de seus clientes por meio da pesquisa de satisfação.	- A organização aproveita <i>feedbacks</i> de seus clientes por meio da pesquisa de satisfação, da pesquisa de leito e da Ouvidoria; <i>feedbacks</i> de funcionários e de fornecedores.
Assimilação	Acesso aos níveis decisórios	- Os colaboradores em geral têm acesso aos seus gestores imediatos e são envolvidos nas tomadas de decisão; - Não ocorre o acesso entre os colaboradores em geral e o corpo diretivo.	- Os colaboradores em geral têm acesso aos seus gestores imediatos e são envolvidos nas tomadas de decisão. - Não ocorre o acesso entre os colaboradores em geral e o corpo diretivo. Algumas pesquisas nas áreas de RH e Comunicação tentam atingir o maior número possível de colaboradores, buscando suas opiniões.
	Troca de experiência, negociação e obtenção de consenso	- A troca de experiências e a negociação ocorrem entre colaboradores do mesmo departamento; -A troca de experiências e a negociação ocorrem entre gestores de diferentes departamentos.	- A troca de experiências e a negociação ocorrem entre colaboradores e gestores do mesmo departamento e de diferentes departamentos.
	Diversidade	- Constituição de equipes diversificadas quanto a gênero, raças, culturas, credos e gerações.	- Constituição de equipes diversificadas, prevalecendo o conhecimento, o desempenho e a área de formação.
	Habilidade de comunicação	- Habilidade de comunicação interna pelo próprio gestor e ferramentas disponíveis; - O RH comunica os gestores, os quais repassam para suas equipes; - A comunicação externa ainda não atinge o público como a organização gostaria.	- Habilidade de comunicação interna pelo próprio gestor e ferramentas disponíveis; - Habilidade de comunicação externa através do Facebook e do site do hospital.
	Entendimento das necessidades do cliente; orientação para o Cliente	-Busca constante de novas tecnologias para atender seus clientes; - Criação de novos serviços orientados pela questão da epidemiologia.	- Busca de novas tecnologias para atender seus clientes; - Criação de novos pacotes de serviços e novos pacotes de planos de saúde orientado para os clientes.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2017).

(Continua)

COMPORTAMENTOS E HABILIDADES DAS DIMENSÕES DA CAPACIDADE ABSORTIVA			
Dimensões	Categorias	Hospital Beta	Hospital Gama
Transformação	Compartilhamento de objetivos e experiências	- Essa habilidade não é muito forte na organização, porém necessária para que o hospital tenha êxito na acreditação; - A residência multiprofissional vem fomentando esse compartilhamento nas reuniões multidisciplinares	- Envolvimento entre colaboradores de diferentes áreas no compartilhamento de objetivos e experiências, desde que sejam comuns às áreas.
	Conectividade, cooperação e colaboração	- A colaboração não ocorre de forma tão espontânea, principalmente entre colaboradores de diferentes equipes; - Conectividade, cooperação e colaboração ocorrem informalmente.	- A conectividade, cooperação e colaboração entre as pessoas não ocorrem de forma tão intensa e depende do setor.
	Aceitação de propostas; liberdade de opinião	- Existe liberdade de opinião entre os gestores e suas equipes; - Não ocorre o envolvimento dos colaboradores diretamente com o corpo diretivo da empresa.	- Existe liberdade de opinião entre os gestores e suas equipes; - Não ocorre o envolvimento dos colaboradores diretamente com o corpo diretivo da empresa.
Aplicação	Habilidade de desenvolvimento de projetos.	- A organização possui departamento de Ensino, Pesquisa e Tecnologia; - Os projetos são desenvolvidos juntamente com a Diretoria e setores responsáveis.	- A organização possui departamento de Engenharia Clínica; - Os projetos são desenvolvidos juntamente com a Diretoria e setores responsáveis.
	Habilidade de trabalhar com novas tecnologias	- Adoção de novas tecnologias frequentemente; - Análise de tecnologias em parceria com laboratórios para treinar seus profissionais.	- Adoção de novas tecnologias frequentemente; - Inovação em qualidade.

Fonte: a autora com base nos dados da pesquisa (2017).

As duas organizações estudadas apresentam resultados muito semelhantes em seus comportamentos e habilidades, destacando-se como principais: o entendimento da mudança como normal pelos gestores e líderes; habilidade de aproveitar *feedbacks* de clientes; o acesso dos colaboradores à tomada de decisão de seus gestores imediatos e não ao corpo diretivo; a busca e adoção de novas tecnologias constantemente; a conectividade, cooperação e colaboração não ocorrem de forma intensa e é mais informal.

Apesar da semelhança, os hospitais também diferem em alguns comportamentos e habilidades. Além da habilidade de aproveitar *feedbacks* de seus clientes, o Hospital Gama aproveita também *feedbacks* de seus funcionários e fornecedores; ficou claro que o Hospital Beta auxilia financeiramente seus colaboradores quando buscam informações externas, enquanto que no Hospital Gama essa habilidade não foi evidenciada; no Gama foi identificada maior troca de experiências entre os colaboradores de diferentes departamentos, com maior envolvimento dos colaboradores, fato que pode ser explicado até pelo tamanho desse hospital com relação ao Beta; o Hospital Beta tem o Departamento de Ensino, Pesquisa e Tecnologia

para realizar pesquisa e desenvolvimento, enquanto no Hospital Gama é realizado pelo Departamento de Engenharia Clínica e Administração.

Além disso, com relação à capacidade da organização entender a mudança, no Hospital Beta os médicos buscam fora a formação, participando de congressos e jornadas. Além dos médicos, outros colaboradores também participam de congressos, muitas vezes patrocinados pelo hospital, e após repassam para os demais colaboradores envolvidos nos processos. Enquanto no hospital Gama identificou-se que a busca de informações externas é um ponto ainda deficitário, incentivado por meio de reuniões e treinamentos internos.

Nota-se também que alguns comportamentos e algumas habilidades apresentam deficiência nos dois hospitais. A capacidade das organizações entenderem as mudanças como normais não estar intrínseca na organização como um todo é um ponto deficitário, visto que, para Andreeva e Chaika (2006), esta é uma habilidade para que existam capacidades dinâmicas. Essa habilidade, entretanto, está presente nos líderes e gestores.

Outro ponto de atenção é a conectividade fraca entre os departamentos. Para Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005) é um antecedente da dimensão de transformação que leva a empresa a desenvolver a capacidade absorptiva.

Apesar de apresentar deficiência em algumas categorias analisadas, entende-se que os hospitais apresentam prática que caracterizam os comportamentos e as habilidades pertencentes a cada dimensão da ACAP.

4.3.2 Processos e rotinas de desenvolvimento da capacidade absorptiva

De acordo com os fundamentos teóricos deste estudo, buscou-se identificar os processos e as rotinas presentes nos hospitais Beta e Gama que conduzem o desenvolvimento de cada uma das dimensões da capacidade absorptiva nessas organizações. Para Eisenhardt e Martin (2000), as capacidades dinâmicas estão presentes nos processos e nas rotinas, permitindo que os recursos da organização possam ser reconfigurados, de acordo com a realidade do ambiente.

Nesse sentido, a existência de rotinas e processos de suporte à geração de ideias, de produtos ou de serviços são de grande importância para a seleção e implementação da mudança (TEECE, 2009).

A análise foi realizada com base nas categorias que emergiram do referencial teórico definidas no Quadro 13 (p. 73) – Categorias para rotinas e processos das dimensões da capacidade absorptiva.

4.3.2.1 Dimensão Aquisição

Nesta seção serão descritas as evidências referentes a processos e rotinas que os hospitais utilizam para localizar, identificar, valorizar e adquirir conhecimento externo, fundamental para suas operações (ZAHRA; GEORGE, 2002; LANE; KOKA; PATHAK, 2006; TODOROVA; DURISIN, 2007).

As evidências foram analisadas a partir dos conceitos de Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005), Tu *et al.* (2006), Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia e Fernández-de-Lucio (2008), Camisón e Fóres (2010), Flatten *et al.* (2011) e Camargo (2012). Os processos e as rotinas caracterizados nessa dimensão foram: rotinas de controle; rotinas de estabelecimento de padrões operacionais; rotinas de receber *feedback*; rotinas de pesquisa de busca de informações externas; rotinas de investimento em Pesquisa e Desenvolvimento.

a) Rotinas de Controle

Rotinas de controle referem-se à existência de procedimentos sistemáticos, manuais e instruções formais que guiam a conduta dos colaboradores no desenvolvimento de suas atividades e busca de informações. Essas rotinas também podem ser entendidas como o mecanismo de formalização, com base nos estudos de Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005) e Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia e Fernández-de-Lucio (2008), que se relacionam a procedimentos sistemáticos de captura de conhecimento. Através do estabelecimento de rotinas que guiam a conduta dos colaboradores na busca de informações externas pode-se auxiliar o desenvolvimento da capacidade absorptiva.

Nas organizações estudadas, todos os entrevistados relatam que existem Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), normas e manuais para serem seguidos, principalmente nos setores assistenciais. Tais procedimentos são bem definidos, conforme se evidencia nos trechos das entrevistas:

Tudo tem rotina descrita, anualmente em Janeiro é feito a revisão, quem quiser fazer modificação ou necessitar fazer alguma atualização, as vezes não é nem querer, a própria Legislação as vezes muda em algumas situações, então em Janeiro de todos os anos todos os setores que precisam fazer alguma reformulação encaminha para o escritório de qualidade também que vai fazer essa digitação traz pra cá, eu assino, como sou quem homologo, e o chefe do setor assina também e é feito em todos os setores da área de enfermagem (Entrevistada P2).

A gente tem na enfermagem as rotinas, a gente chama os **POPs**, a gente faz atualizações anuais, e temos também **os protocolos**, que são um pouquinho diferente, o protocolo, por exemplo, o protocolo ele é mais amplo, o POP ele é um pouquinho mais concentrado e de todo nosso arsenal de atividades e já os protocolos

são um pouquinho mais limitados a algumas assistências, então isso a gente tem que estar sempre buscando novas tecnologias. Te dou um exemplo, a comissão de curativos, cuidados com pele, está sempre entrando no mercado novas tecnologias, então a gente testa e sendo essa efetivada, que venha a fazer parte da nossa assistência a gente tem que atualizar esse nosso protocolo, nosso POP para poder estar deixando dentro do correto (Entrevistada P5) .

A gente trabalha através das **NRs** inseridas dentro do contexto hospitalar e a gente trabalha com os **Pops, que é o procedimento operacional padrão**. Então quando eu comecei no meu setor eu criei, desenvolvi os POPs daquele, absorvi os POPs do setor que já existiam e então a gente vai trabalhando tudo através dos POPs. Tem no caso a NR 32 que proíbe o uso de adornos pela segurança do próprio funcionário, isso é um exemplo, que é uma **Norma Relativa** que todo mundo segue (Entrevistada P6)

Todos os setores tem o POP, ou seja, os **Procedimentos Operacionais Padrão escritos** e guardados. Os setores administrativos também, todos os setores. A grande maioria é normatizado, como o hospital tem um funcionamento 24 horas tem **Norma pra tudo** [...] (Entrevistado P7)

[..] Eu tenho **POPs** também e tenho um **controle bem rígido com relação a certificados de calibração de equipamentos**, as manutenções eu tenho tudo registrado, passamos num software que registra isso, então quando a gente compra um equipamento a gente faz o cadastro do equipamento nesse software e gerencia toda a vida dele, desde a garantia toda a gente controla, troca de peças, tudo, é sempre feito uma ordem de serviço, é impressa essa ordem de serviço, ai a gente tem que fazer um registro disso, no papel e ficam todas as manutenções registradas (Entrevistado P8).

A gente estabeleceu alguns **procedimentos operacionais padrões**, que na verdade serve para gente ter uma linha pra seguir durante todos esses procedimentos, então todo mundo do setor conhece como deve ser realizado e faz a partir daquela linha que foi proposta e também discutida antes com toda a equipe [...] (Entrevistada P9).

Nós temos os **POPs** [...] **em todas as áreas**, isso é algo que vem sendo acompanhado, então eles existem, devem ser seguidos, eles estão ali para que todo mundo possa ter conhecimento deles [...] (Entrevistada P10).

No Hospital Beta, a própria acreditação hospitalar que a organização está buscando obriga o desenvolvimento e a utilização de rotinas de controle padronizadas para todos os setores, conforme evidenciado pelo gestor entrevistado P1:

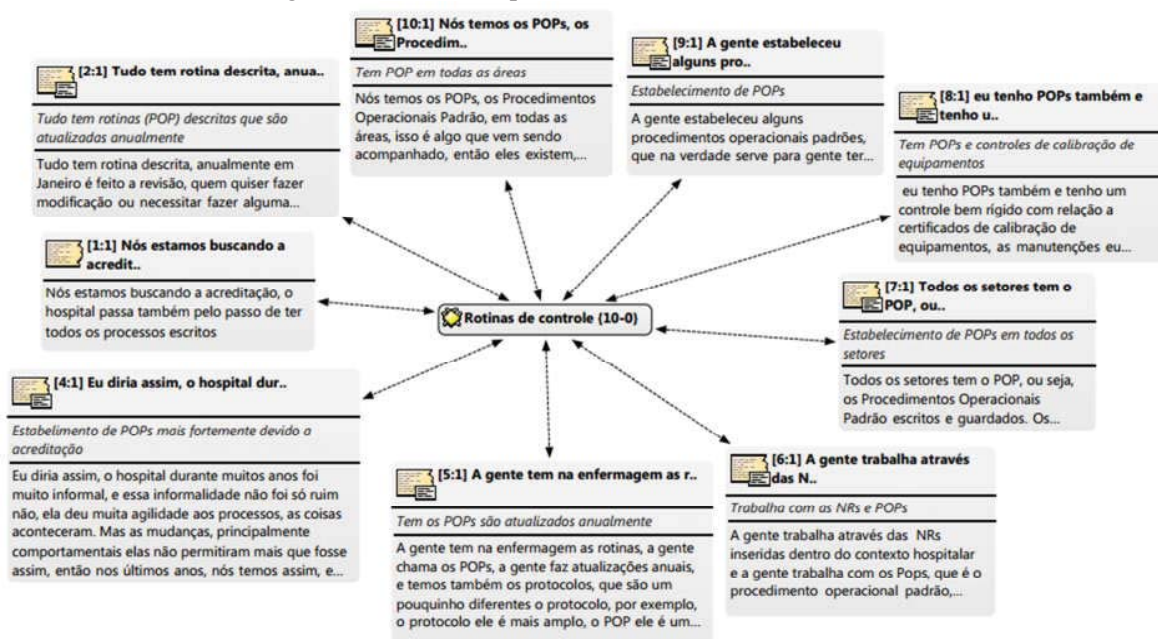
Nós estamos buscando a acreditação, o hospital passa também pelo passo de ter todos os processos escritos [...] os **POPs**, que nós chamamos, eles tem que estar todos escritos, e hoje se pegar a área de enfermagem, nutrição, santificação, lavagem de roupa, todos tem seus POPs escritos, eles sabem, hemoterapia, banco de sangue, eles sabem exatamente o que cada um tem que fazer, está escrito, se houve alteração, mudou-se uma técnica tu altera teu POP [...] (Entrevistado P1).

O gestor entrevistado P4 comenta sobre a mudança que vem ocorrendo atualmente com relação à implantação de rotinas de controle, pois por muitos anos os processos foram informais, e essa informalidade garantia a agilidade.

Eu diria assim, o hospital durante muitos anos foi muito informal, e essa informalidade não foi só ruim não, ela deu muita agilidade aos processos, as coisas aconteceram. Mas as mudanças, principalmente comportamentais elas não permitiram mais que fosse assim, então nos últimos anos, nós temos assim, e até para a própria Legislação, a gente vem caminhando pra isso também, então todas as **rotinas, POPs** estão estabelecidos e agora mais fortemente em função da acreditação, que é um processo específico da área da saúde. [...] **na acreditação todos os processos seguem um manual**, esse manual vai ser auditado, por uma certificadora, que tem uma relevância muito grande na área da saúde, porque em princípio é para se garantir a qualidade da assistência, e em níveis diferentes [...] então está sendo revisto tudo dentro dessa metodologia e para que os processos fiquem visíveis e sejam efetivamente implementados [...]. Então está formalizando através da gestão de processos, é uma mudança grande que o hospital passa também, e tem muitas vantagens e alguns senão porque a cultura é mais solta, vamos dizer assim, mas não se percebe mais como possível não ter os processos mais claros dentro das questões mais estratégicas até as questões mais operacionais (Entrevistado P4).

A Figura 19 apresenta uma síntese da resposta dos entrevistados utilizadas para análise desta categoria.

Figura 19 – ACAP aquisição – rotinas de controle



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Com base nos dados empíricos, percebe-se que as rotinas de controle nos hospitais estudados são conduzidas por regras claras e explícitas, por meio dos POPs, normas que os hospitais precisam seguir e rotinas rígidas para controle de manutenções de equipamentos e outras rotinas.

Para Camargo (2012), rotinas de monitoramento e controle permitem que as organizações possam mudar rapidamente o rumo, aumentando sua chance de adaptação, de sobrevivência e de manutenção da vantagem competitiva. Neste estudo, as rotinas de controle identificadas nas duas organizações estão alinhadas com o estudo de Camargo (2012) e com o mecanismo de formalização propostos por Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005) e Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia e Fernández-de-Lucio (2008).

b) Rotinas de estabelecimento de padrões operacionais

Essas rotinas referem-se ao estabelecimento de padrões mínimos para realização de rotinas operacionais diversas, a fim de que todos possam segui-las (CAMARGO, 2012). Nos dois hospitais entendem-se como padrões mínimos as rotinas de estabelecimento de POPs, já apresentadas na categoria de rotinas de controle. Os gestores citam alguns exemplos de como essa padronização funciona:

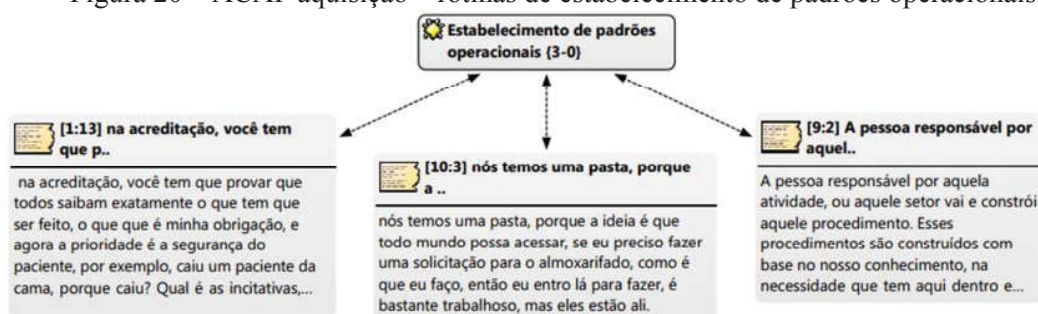
[...] Na acreditação, você tem que provar que todos saibam exatamente o que tem que ser feito, o que que é minha obrigação, e agora a prioridade é a segurança do paciente, por exemplo, caiu um paciente da cama, porque caiu? Qual é as incitativas, as ações pra você evitar as quedas? Porque você tem que comunicar isso na organização? [...] (Entrevistado P1).

[...] nós temos uma pasta, porque **a ideia é que todo mundo possa acessar**, se eu preciso fazer uma solicitação para o almoxarifado, como é que eu faço? Então eu entro lá para fazer, é bastante trabalhoso, mas eles estão ali (Entrevistada P10)

[...] A pessoa responsável por aquela atividade, ou aquele setor vai e constrói aquele procedimento. Esses **procedimentos são construídos com base no nosso conhecimento**, na necessidade que tem aqui dentro e até se vier um funcionário novo ele já vai poder seguir dentro daquela linha que já estava sendo feito e ai não vai ter que começar do zero e ter problemas de desvio, por exemplo (Entrevistada P6).

A Figura 20 sintetiza os exemplos dos entrevistados utilizados na análise, com relação as rotinas de estabelecimento de padrões operacionais.

Figura 20 – ACAP aquisição – rotinas de estabelecimento de padrões operacionais



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Com base nos exemplos apresentados, nota-se que o estabelecimento de padrões operacionais é utilizado para que todos possam ter conhecimento dos processos e das rotinas para realização das atividades diversas. Esses procedimentos são construídos pelos colaboradores responsáveis por tais atividades e atualizados anualmente ou conforme a necessidade. Além disso, a acreditação pelo qual o Hospital Beta está passando exige que as rotinas sejam padronizadas, a fim de garantir o processo.

c) Rotinas de receber feedback

As rotinas de receber *feedbacks* propostas por Camargo (2012) para a dimensão aquisição já foram apresentadas com a habilidade da organização aproveitar os *feedbacks* recebidos de seus funcionários, clientes e fornecedores (CAMARGO, 2012), também para a dimensão aquisição.

Por meio dos relatos, já apresentados⁴, entende-se que os hospitais em questão possuem rotinas de receber *feedbacks*, por meio da pesquisa de satisfação dos clientes que ficam internados ou que realizam alguns procedimentos. O Hospital Gama, além das rotinas de pesquisa de satisfação dos clientes, também utiliza rotinas de reuniões quando há necessidade de comprar novos equipamentos, das quais participam alguns funcionários que fazem parte daquela comissão e, muitas vezes, os fornecedores.

d) Rotinas de busca de informações externas

Entendem-se como rotinas de busca de informações externas as rotinas de pesquisa, a exemplo da pesquisa de mercado, pesquisa de satisfação de clientes e pesquisas com funcionários, ou seja, a implementação de procedimentos sistemáticos para captura do conhecimento, como referem Tu *et al.* (2006) e Camargo (2012).

Camargo (2012) também se refere a rotinas de pesquisas como a preocupação da empresa em reconhecer o valor das novas informações externas, assimilando-as e aplicando-as para criação de vantagem competitiva, em consonância com o conceito de capacidade absorptiva de Wang e Ahmed (2007). Neste estudo trata-se de rotinas de busca que permitem às organizações adquirir conhecimento externo para, posteriormente, assimilá-los, transformá-los e aplicá-los a fim de obter vantagem competitiva.

⁴ Os relatos foram apresentados na categoria “habilidade da organização aproveitar feedbacks”, item “e” da seção 4.3.1.1 – Dimensão aquisição.

Nesse aspecto, a maioria dos entrevistados de ambas as organizações mencionam que realizam pesquisas de satisfação de clientes em relação aos serviços prestados, embora não tenham a rotina de realizar pesquisas de mercado. É o que se observa nestes depoimentos:

Nós temos o conhecimento de que é necessário fazer (pesquisas de mercado), mas nem tudo é feito pelos custos, porque nosso volume é muito grande, então qualquer coisa que a gente faça dentro do hospital requer uma abrangência muito grande [...]. Nós temos **pesquisas de satisfação** nos pontos, no centro de diagnóstico, no serviço a mulher, na emergência, enfim, todos os pontos tem pesquisa de satisfação. Claro que isso é interno, a gente precisa, e agora está sendo elaborado, que a gente faça uma pesquisa de mercado pra ter noção de marketing share exato. Hoje a gente tem um achômetro, então a gente tem noção do que precisa, mas nem tudo é feito. A gente tem **pesquisas internas**, tanto de nota que o paciente da, quanto que o **funcionário** da, então da pra a gente ter uma noção mais interna (Entrevistada P3).

A gente tem hoje **pesquisa com o cliente**, com o formulário, com uma ferramenta interna e temos a **Ouvidoria**, temos **pesquisa de leito**, e claro estamos sempre abertos se surgir algum outro meio, a gente está aberto a ouvi-lo ou então se adaptar (Entrevistada P5).

Temos **pesquisa de satisfação**, onde na verdade a gente buscar a satisfação dele (do cliente) no atendimento e ele tem a oportunidade de expor as mudanças que ele acha necessário. É distribuído para os pacientes e eles preenchem voluntariamente e é feito a tabulação e depois tem o resultado (Entrevistado P7).

A gente faz bastante **pesquisa de satisfação**, mas pesquisa de mercado dessa forma que tu quer dizer, como antes do lançamento de um produto ou serviço, enfim, eu nunca presenciei [...]. A gente tem a pesquisa para ver como está o serviço já prestado, a gente tem formulários já estabelecidos, mas essa pesquisa anterior é bastante empírica não tem nada metodologicamente realizado, mas a partir do momento que se percebe a necessidade e toda oportunidade também, é estabelecido um serviço (Entrevistada P9).

Com pacientes a gente tem a pesquisa, nós temos a **pesquisa de satisfação**, que ela acontece, temos a **Ouvidoria**, que é um canal bem importante onde a gente tem varias colocações positivas, várias questões de dúvidas, questões de reclamações, e a partir disso a gente também vai dando alguns retornos e adequando, até mesmo nas nossas **redes sociais** a gente tira muitas dúvidas e também recebe várias colocações para poder ir se adequando nesse sentido (Entrevistada P10).

O gestor entrevistado P1 comenta que embora a organização não efetue pesquisas de mercado, fica atento à epidemiologia, além das pesquisas médicas, que são muito importantes para o segmento, conforme trecho da entrevista:

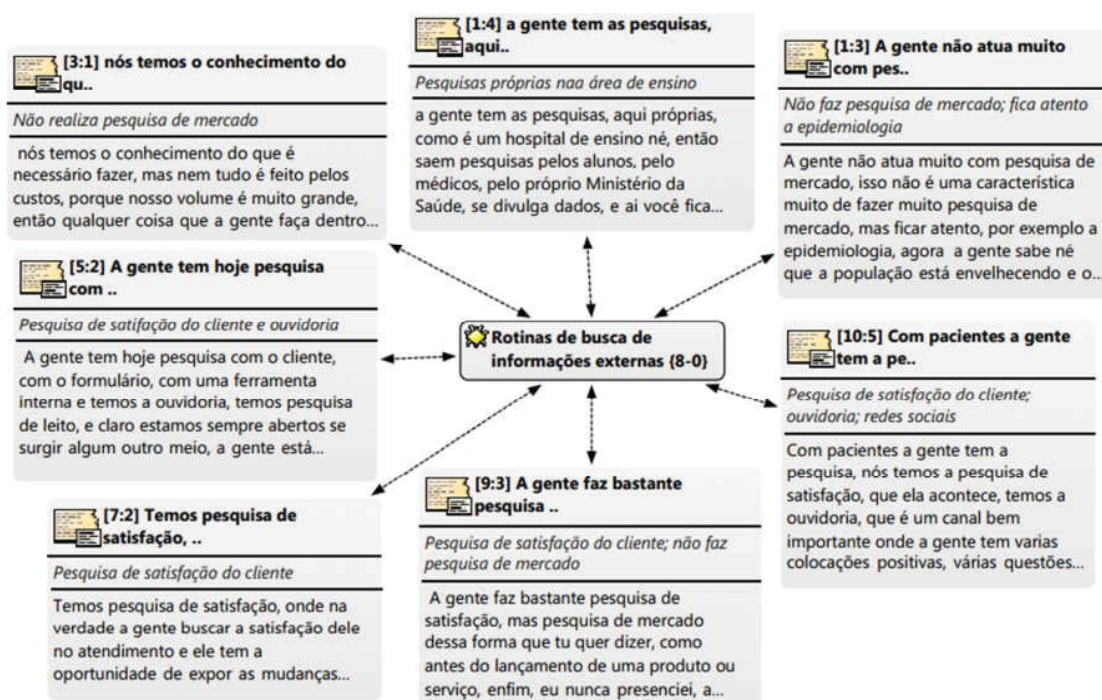
A gente **não atua muito com pesquisa de mercado**, isso não é uma característica muito de fazer muito pesquisa de mercado, mas ficar atento, por exemplo, à **epidemiologia**. Agora a gente sabe que a população está envelhecendo e o hospital está se preparando pra atender os idosos, as doenças correspondentes a essa população idosa [...]. A gente **tem as pesquisas, aqui próprias**, como é um hospital de ensino, então saem pesquisas pelos alunos, pelos médicos, pelo próprio Ministério da Saúde, se divulga dados, e ai você fica antenado a isso pra fazer teu planejamento estratégico direcionado a uma linha (Entrevistado P1).

Percebe-se também que o Hospital Gama, com base no relato da entrevistada P6, não realiza pesquisa de mercado, em função da organização não ter problemas com falta de clientes, conforme observado no relato que segue:

A princípio **não são realizadas pesquisas de mercado**, porque a gente não tem o problema de falta de clientes, é só ir à emergência para verificar essas situações, tanto não é na emergência quanto é todo o contexto do hospital (Entrevistada P6).

A Figura 21 sintetiza os exemplos dos entrevistados com relação as rotinas de busca de busca de informações externas utilizados para análise da mesma.

Figura 21 – ACAP aquisição – rotinas de busca de informações externas



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Analisando os relatos dos entrevistados, percebe-se que nenhuma das organizações estudadas possui rotinas de pesquisa de mercado, fato que pode ser caracterizado pelo excesso de demanda dos hospitais, por serem referências em saúde na região. Por outro lado, os dois hospitais possuem rotinas de pesquisa de satisfação dos clientes, que é bastante utilizada para saber a percepção do cliente sobre o serviço prestado, bem como a estrutura. Também foram citadas como rotinas de busca a Ouvidoria e as redes sociais no Hospital Gama, por meio dos

quais as pessoas dão suas opiniões. E no Hospital Beta a análise da epidemiologia auxilia como uma rotina de busca de informações externas.

e) Rotinas de Investimento em Pesquisa e Desenvolvimento

Investimento em pesquisa e desenvolvimento foi um dos itens da capacidade de aquisição, validado no constructo proposto por Camisón e Fóres (2010). Posteriormente, este item foi identificado no estudo de Silva (2016) como uma rotina que sustenta o desenvolvimento de capacidades dinâmicas em uma indústria do vestuário. Este estudo procurou identificar se os hospitais estudados têm a rotina de investir em pesquisa e desenvolvimento visando aumentar sua capacidade de aquisição.

O gestor Entrevistado P1 relata que, apesar da importância da pesquisa acadêmica realizada no Hospital Beta, o hospital precisa evoluir, no sentido de buscar em suas pesquisas resultado para a epidemiologia e para o SUS:

[...] então nós estamos atentos também a essa pesquisa, também na área de pesquisa tem todos os anos, 30, 40 **trabalhos de pesquisa desenvolvidos** aqui pelos alunos, que são publicados, que apresentam em congressos, isso é uma coisa que, claro ainda se precisa evoluir para que uma pesquisa desenvolvida aqui traga um resultado para epidemiologia que se está estudando, que venha baratear também e favorecer o atendimento ao Sistema Único de Saúde, então precisa as pesquisas serem desenvolvidas não só no intuito de fazer uma pesquisa para atender uma obrigação acadêmica, mas qual é o retorno que essa pesquisa pode dar na área da saúde? Então isso tem investimento financeiro, e aí nós precisamos, tem uma parceria com o governo pra que patrocine essas pesquisas. Nós ainda estamos muito pequenos, a gente está começando agora a pensar nisso, por isso que o hospital tem ideia de criar um instituto de ensino e uma possibilidade de fazer isso é que estamos **buscando uma parceria com o Laboratório** para trazer simuladores para treinamento [...] (Entrevistado P1).

A gestora entrevistada P3 foca na área de ensino e pesquisa e na formação de residência médica:

Tem uma ala só de Ensino e Pesquisa e é muito forte no hospital tem há muitos anos **parceria** com a UPF, agora com a Universidade Federal, isso é muito rico para o hospital, é algo muito forte, formação de residência médica, a parte de pesquisa em si, é muito forte é muito bom [...] (Entrevistada P3).

Os gestores do Hospital Gama são unânimes com relação às pesquisas que ocorrem na oncologia e demais pesquisas acadêmicas. O gestor entrevistado P7 comenta, no entanto, que deveria ter mais auxílio, do próprio governo com relação à pesquisa e também argumenta que o hospital não tem um setor de indução à pesquisa, conforme relatos:

No momento não, a não ser pesquisas pontuais, a **pesquisa no mercado, por exemplo, oncológico**, nos temos os protocolos dos Laboratórios, mas um setor de pesquisa para indução não, o que tem são áreas acadêmicas pesquisando, como você está fazendo, tendo espaço para pesquisar, então essa indução, sempre quando a gente da oportunidade para alguém desenvolver qualquer tipo de trabalho no hospital, se espera que essa pessoa traga um retorno, então você cria um ambiente de pesquisa. Nesse momento está saindo um programa de incentivo a pesquisa na graduação com premiação de incentivo financeiro do hospital, na parte acadêmica, não dos funcionários, para os residentes. O governo poderia ter uma linha de incentivos com mais fácil acesso da instituição para poder fazer isso uma ferramenta para fomentar o crescimento da instituição. Temos **convênio** com a UPF, Universidade Fronteira sul, a IMED, Ulbra e mais outras faculdades (Entrevistados P7).

Sim, eu digo assim que o nosso dia a dia acaba sendo uma pesquisa também, porque [...] desde cuidados com pele, tu está toda hora buscando novas tecnologias e testando novos materiais. Nós temos a **pesquisa clínica, mais específico na oncologia** aqui, que tem uma viabilidade muito grande, nós temos muitos pacientes que fazem parte dos protocolos de pesquisa, então tem beneficiado muitas pessoas e também, a gente investem, mas mais naquela parte científica mesmo, de publicações, com residência, tanto médica como multiprofissional e acadêmica. (Entrevistada P5).

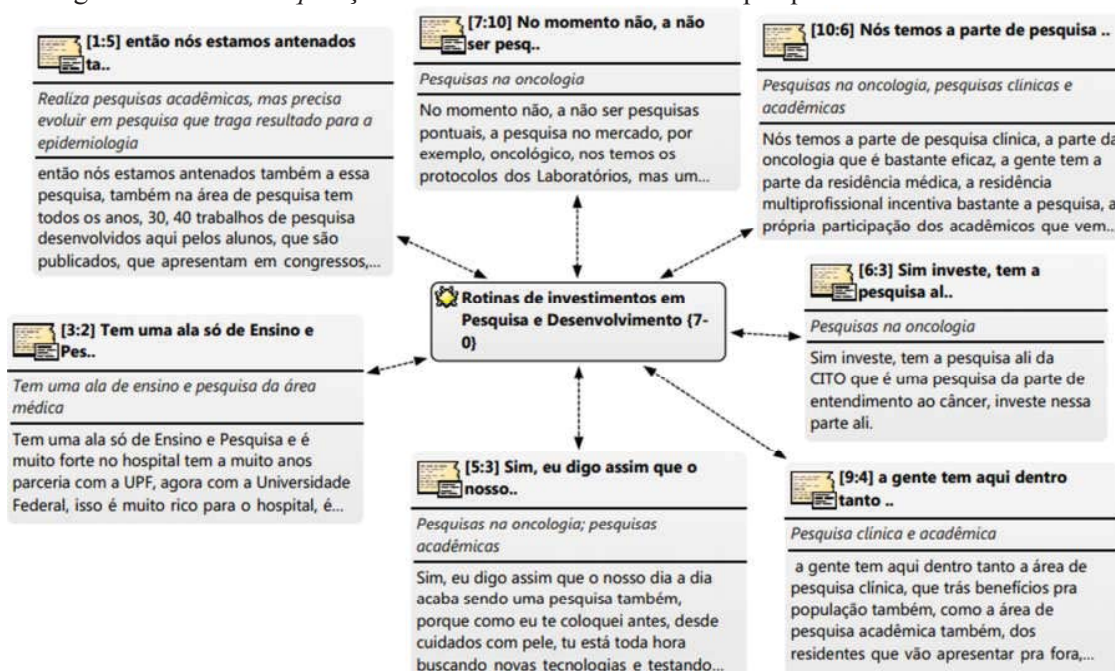
[...] a gente tem aqui dentro tanto a área de **pesquisa clínica**, que trás benefícios para a população também, como a área de **pesquisa acadêmica** também, dos residentes que vão apresentar pra fora, também abre espaço para pesquisas acadêmicas (Entrevistada P9).

Sim investe, tem a pesquisa ali da CITO que é uma pesquisa da parte de entendimento ao câncer, investe nessa parte ali (Entrevistada P6)

Nós temos a parte de **pesquisa clínica**, a parte da **oncologia** que é bastante eficaz, a gente tem a parte da **residência médica**, a **residência multiprofissional** incentiva bastante a pesquisa, a própria participação dos acadêmicos que vem de fora fazer as pesquisa aqui dentro e nos trazem as devolutivas, então acredito que sim, e com esses materiais das pesquisas que acontecem aqui dentro são dados que a gente tem e que a gente pode não no momento utilizar deles por questões de não viabilidade naquele momento, mas a gente acaba tendo o conhecimento pra fazer uso disso num momento mais adequado, então existe um incentivo sim (Entrevistada P10).

A Figura 22 apresenta uma síntese das respostas dos entrevistados utilizadas na análise desta categoria.

Figura 22 – ACAP aquisição – rotinas de investimento em pesquisa e desenvolvimento



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Ambos os hospitais possuem convênios com universidades até por se caracterizarem como hospital de ensino, conforme análise documental e relato dos próprios entrevistados. Além disso, os gestores percebem a necessidade de investimento em P&D também na área tecnológica e não somente na área acadêmica e oncológica.

4.3.2.2 Dimensão Assimilação

Nesta seção serão apresentadas as evidências referentes aos processos e às rotinas identificados nos hospitais estudados permitindo que as novas informações ou os conhecimentos adquiridos sejam analisados, processados, interpretados, entendidos, interiorizados e classificados (ZAHRA; GEORGE, 2002; LANE; KOKA; PATHAK, 2006; TODOROVA; DURISIN, 2007).

As evidências foram analisadas a partir dos conceitos de Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005) e Camargo (2012). Os processos e as rotinas caracterizados nessa dimensão foram rotinas de discussão e rotina de rodízio entre funções.

a) Rotinas de discussão

Para Camargo (2012), as rotinas de discussão podem ser tanto formais, por meio de reuniões, quanto informais, entre os colaboradores, para resolução de problemas diversos. A discussão está relacionada à articulação de conhecimento, proposto por Zollo e Winter (2002), para, posteriormente, ser aplicado na organização.

As discussões em geral nos dois hospitais em análise ocorrem tanto de maneira formal quanto informalmente. As discussões formais ocorrem por meio de reuniões e das próprias comissões que são formadas para discussão de assuntos específicos. As discussões informais ocorrem de diversas formas, por meio de conversas e troca de ideias entre colaboradores de diferentes setores. Os relatos demonstram tal constatação:

[...] tem situações que a gente faz com equipes, por exemplo, materiais novos no hospital, existe uma **comissão** de materiais e que nós avaliamos, é enfermeiro, médico, farmacêutico, nutricionista [...]. Então dependendo da necessidade existe esse **compartilhamento entre os setores**, as **reuniões multidisciplinares**, na própria assistência ao paciente é preconizado que existam as avaliações multiprofissionais, inclusive em beira do leito, em locais de pacientes mais graves passa o enfermeiro, o médico, o nutricionista o farmacêutico e discute o caso (Entrevistada P2).

A gestora entrevistada P2 e o gestor entrevistado P4 citam exemplos de rotinas de discussão:

[...] em dezembro a gente faz um levantamento e feito uma **reunião** e todos dizem quais as suas necessidades e depois o hospital diz quais são as suas necessidades também então existem aqueles (treinamentos) que são só do setor e os que são institucionais [...] (Entrevistada P2).

Nós tivemos uma **discussão** e chegamos uma conclusão, ele não faria só o processo na busca da certificação, mas iria priorizar, foi dado a ele também toda a gestão dos processos [...] (Entrevistado P4).

Com relação ao Hospital Gama, também pode ser constatada, em alguns trechos das entrevistas dos gestores, a presença de discussões, tanto utilizando mecanismos formais quanto informais:

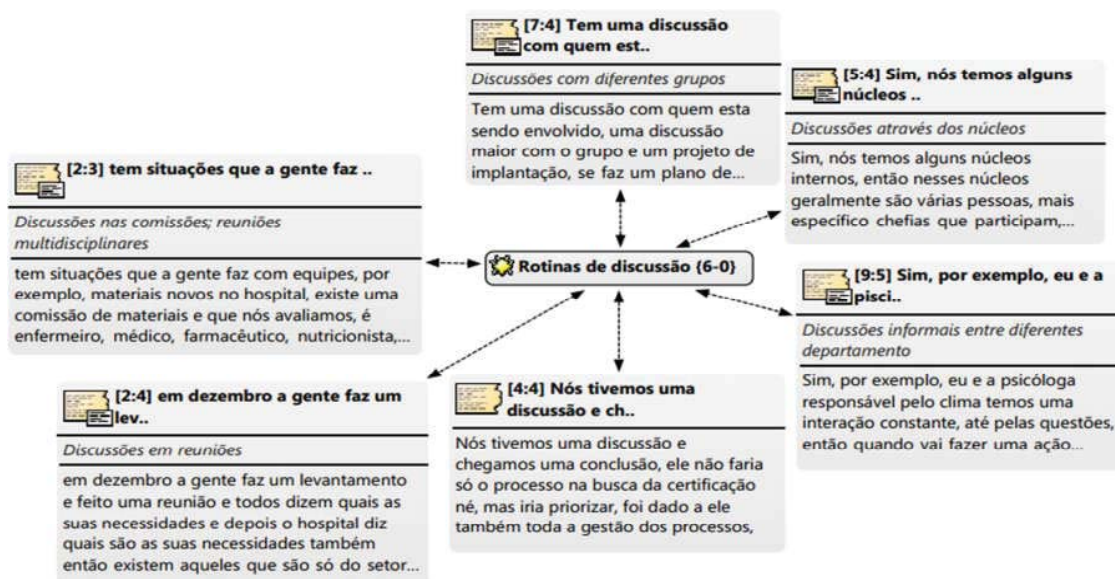
Sim, por exemplo, eu e a psicóloga responsável pelo clima temos uma **interação constante**, até pelas questões, então quando vai fazer uma ação geralmente ela me procura, ou para ouvir uma opinião, assim como eu também procuro ela, mas de outras áreas, assim, eu não vou saber te falar, mas por exemplo, eu tenho o conhecimento que aqui dentro tem um grupo formado por pessoas de várias áreas, que é responsável também pelo planejamento estratégico, então **são pessoas de várias áreas que discutem em conjunto** as ações que podem ser tomadas (Entrevistada P9).

Sim, nós temos alguns **núcleos internos**, então nesses núcleos geralmente são várias pessoas, mais específico chefias que participam, resolvem ou tomam decisões ou então viabilizam atividade e o desempenho da instituição [...] (Entrevistada P6).

Tem uma **discussão com quem esta sendo envolvido**, uma discussão maior com o grupo e um projeto de implantação, se faz um plano de negócio, tentando ver se há viabilidade econômica financeira pra depois implementar (Entrevistado P7).

Os relatos referentes a análise das rotinas de discussão são sintetizados na Figura 23.

Figura 23 – ACAP assimilação – rotinas de discussão



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Nesse sentido, pode-se perceber que tanto o Hospital Gama quanto o Hospital Beta apresentam rotinas de discussão para resolução de problemas diversos, além de outras discussões cotidianas, como as necessidades de treinamento, por exemplo. Essas rotinas ocorrem tanto de maneira formal quanto informal, utilizando mecanismos de reuniões, formação de grupos, como comissões e núcleos e também através de conversas em conformidade com os resultados de Camargo (2012).

b) Rotina de rodízio entre funções

Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005) validaram, em seu constructo, o mecanismo de rotações de funções/tarefas para as dimensões assimilação e transformação da capacidade absorptiva. Esse mecanismo refere-se à transferência temporária de funções/tarefas entre colaboradores, visando aumentar o conhecimento e o contato entre os membros (JANSEN, *et al.*, 2005). Posteriormente, Camargo (2012) identificou que rotinas de rodízio

entre funções-chave na empresa são uma prática que leva ao desenvolvimento de capacidades dinâmicas.

Os hospitais estudados não realizam rodízio entre funções de diferentes áreas e setores, porém, dentro da mesma área e especialidade, ocorrem alguns rodízios, como o caso do Departamento de Enfermagem, conforme pode ser observado nos relatos a seguir:

Não temos rodízio de funções. Nos cargos menos estratégicos, digamos assim, tem muita especificidade dos cargos, então se é o técnico de enfermagem ele pode trabalhar em qualquer lugar como técnico de enfermagem, ele não vai trabalhar um tempo no faturamento. E também se tinha a muitos anos atrás esse entendimento que as pessoas as pessoas não deviam ficar muito tempo porque iam criar grupinho, panelinhas, então hoje a gente vê diferente se o gestor trabalha sua equipe criou vínculos, esses vínculos não podem ser desfeito [...]mas não assim, por exemplo a cada 2 anos, cada ano troca, não, eu acho que isso em outros tempos até funcionava, hoje seria romper com vínculos, ai mexe onde não é possível [...] (Entrevistado P4).

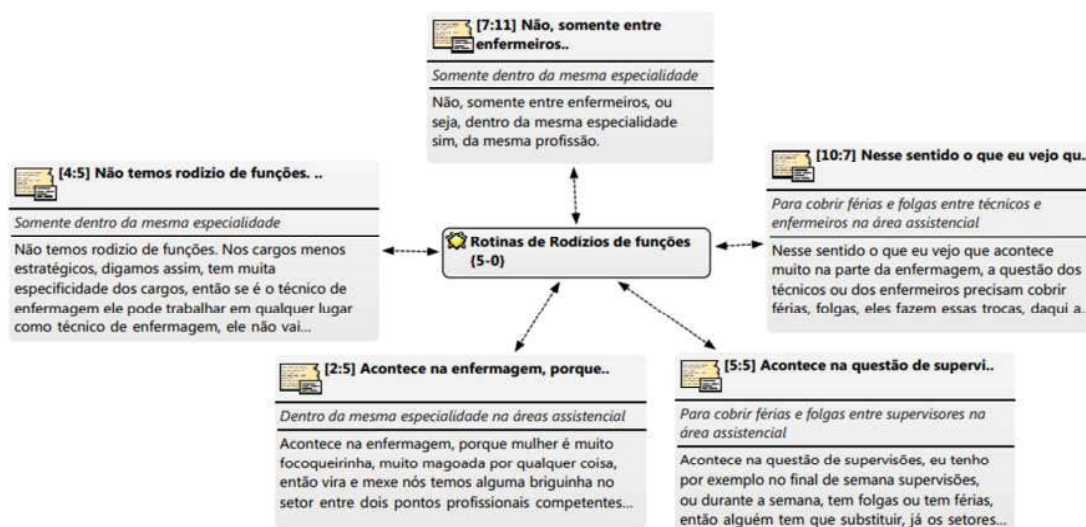
Acontece na Enfermagem [...] vira e mexe nós temos alguma briguinha no setor entre dois pontos profissionais competentes digamos [...] as vezes até um problema maior muitas vezes fora daqui, teve algum impasse fora e dai reflete aqui e agente tem que acabar separando as pessoas e pra separar nos temos que **trocar de setor**, mas pelo numero de pessoas que nos temos aqui na enfermagem, acontece muito pouco, nós conseguimos levar, muito bem. Nós temos muitos serviços novos no hospital, também, então quando eu vejo, eu não posso abrir um novo posto de enfermagem em só com funcionários novos, então tem que pegar 60, 70% dos antigos e pegar 30% novos, então da todo um remanejamento também [...] (Entrevistada P2).

Acontece na questão de supervisões eu tenho, por exemplo, no final de semana supervisões, ou durante a semana, tem **folgas ou tem férias, então alguém tem que substituir**, já os setores fechados não, dai eu tenho que treinar, fazer todo o treinamento para o enfermeiro poder substituir, digamos bloco cirúrgico, UTI, hemodiálise, emergência, então é mais específico (Entrevistada P5).
Não, somente entre enfermeiros, ou seja, **dentro da mesma especialidade** sim, da mesma profissão (Entrevistado P7).

Nesse sentido o que eu vejo que acontece muito na parte da Enfermagem é a questão dos técnicos ou dos enfermeiros que precisam cobrir férias, folgas. Eles **fazem essas trocas**, daqui a pouco alguém acaba saindo e por um caráter de urgência tem que alguém se deslocar e trabalhar em outro setor ou como as próprias reuniões que a gente faz [...], agora de outras áreas acho que não tem como (Entrevistada P10).

Os relatos referentes a análise da rotina de rodízio de funções são sintetizados na Figura 24.

Figura 24 – ACAP assimilação – rodízio de funções



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Avaliando essa rotina nos dois hospitais, pode-se perceber que as organizações não praticam rodízio entre funções-chave. O que ocorre é a troca de funções e setores dentro da mesma especialidade, entre enfermeiros e técnicos, e em situações excepcionais, como algum atrito, criação de um serviço ou departamento novo ou para cobrir ausências e férias.

4.3.2.3 Dimensão transformação

Nessa seção serão apresentadas as evidências referentes aos processos e às rotinas desenvolvidos nos hospitais estudados que facilitam a transferência e a combinação do conhecimento anterior com o conhecimento recém-adquirido ou assimilado (KOGUT; ZANDER, 1992; VAN et. al, 1999; ZAHRA; GEORGE, 20020).

As evidências foram analisadas a partir dos conceitos de Murovec e Prodan (2009) e Camargo (2012). Os processos e as rotinas caracterizados nessa dimensão foram rotinas de qualificação de pessoal e treinamentos e rotinas de rodízio entre funções.⁵

a) Rotinas de qualificação de pessoal (treinamento)

Rotinas de qualificação de pessoal referem-se a treinamentos dos profissionais da organização (CAMARGO, 2012) no sentido de buscar novos conhecimentos e inovações.

⁵ As rotinas de rodízio entre funções foram validadas tanto para dimensão de assimilação quanto transformação e, portanto, já foram apresentadas na dimensão da assimilação.

Para Murovec e Prodan (2009), o mecanismo de treinamento de pessoal é referente à participação dos empregados em treinamentos internos ou externos com foco em desenvolvimento e introdução de inovações.

Os hospitais estudados apresentam rotinas de qualificação de pessoal por meio de treinamentos internos e externos, conforme evidenciado nas entrevistas:

[...] **treinamento interno**, que nós temos uma meta de 18 horas homem, que a princípio vem sendo sempre atingida em sala de aula, mas entendendo que o grande processo de aquisição do desenvolvimento é o treinamento em serviço, é junto, é ali, é na unidade, então para que isso aconteça eu tenho que trabalhar o gestor, as lideranças. Nós temos um trabalho já em torno de uns 10 anos, que uma vez por mês reúne todos os gestores [...] é feito o levantamento de necessidades no final do ano, em novembro e dezembro e aí tem o agendamento pra todo ano (Entrevistado P4). A instituição investe, claro que nunca a gente está atendendo toda necessidade devido que você tem que estar conciliando, tem que fazer isso em horário de trabalho, então tu tem que estar dividindo os tempos. Então sempre tem demanda e sempre tem investimento institucional e o bom porque isso é contínuo, é uma **educação continuada** (Entrevistada P5).

Sim, tem um programa de **educação continuada** no hospital na liberdade de **treinamentos e seminários** e fora para melhor a questão do desempenho profissional (Entrevistado P7).

Eu acredito que investe no momento que você demonstrar que você precisa desse treinamento, que você realmente precisa buscar esse conhecimento pra trazer dentro da organização, com certeza. **Na minha área não acontece treinamento interno é mais externo**. Os treinamentos internos são mais dentro da enfermagem que é a área produtiva do hospital, a linha de frente (Entrevistada P6).

Eu tenho **treinamentos continuados** que a gente faz, eu faço em alguns setores, a gente **da treinamento dos equipamentos**, para médicos, auxiliares, enfermeiros, principalmente quando são tecnologias novas daí a gente auxilia no aprendizado do equipamento, e quando não é possível a gente faz o meio de campo trazendo **fornecedor para ele dar o treinamento**, se é uma coisa mais técnica que a gente não consegue dar suporte por aqui, então ele é chamado para dar esse treinamento. Esses treinamentos são continuados, nos setores a gente vai fazendo isso [...] (Entrevistado P8).

Treinamento interno nos temos muito bem formatado [...]. Aqui eu tenho dois assessores que um fica só com **treinamento e educação continuada** e o outro fica mais com a área técnica, de processos. [...] em dezembro a gente faz um levantamento e feito uma reunião e todos dizem quais as suas necessidades e depois o hospital diz quais são as suas necessidades também então existem aqueles que são só do setor e os que são institucionais [...]. E nos temos a sala de treinamento prático, que tem as camas, os bonecos, tem tudo, pra gente dar esses que são mais direcionadas ao atendimento do paciente, que precisa está ali o boneco para atender uma parada respiratória uma parada cardíaca, fazer uma punção, então nos temos um quarto, uma sala de treinamento (Entrevistada P2).

O **treinamento interno ele é periódico**, então a gente tem o envolvimento de várias áreas, por exemplo, tem a enfermagem que realiza e aí muitas vezes você tem a possibilidade, por exemplo, a enfermagem realiza um, participa todos os técnicos de enfermagem, mas aí o Laboratório também que faz, e aí os próprios técnicos ou todas as áreas podem ter uma qualificação e um aperfeiçoamento dentro daquele tema que a área específica esta apresentando, então isso tem constantemente (Entrevistada P9).

Eu vejo que na parte técnica, digamos da enfermagem, na farmácia e tal, existe um planejamento, uma organização, aonde ali durante no ano vão sendo feitas atualizações de acordo com as novas técnicas que vão sendo adotadas ou que precisam ser tomadas ou que surgiu alguma coisa diferente por alguma determinação, então isso é planejado, organizado e acontece de acordo com uma periodicidade planejada. Na parte comportamental, acredito que nesses últimos dois anos que a gente vem planejando e organizando se teve uma intensidade maior nesse período e também **treinamentos fora** muito relacionados, eu vejo a parte da tecnologia, o pessoal dos sistemas que trabalha com essas questões assim sai muito, vai muito para **trazer as informações atualizada**, então eu acredito que de acordo com as possibilidades que se tem nessas áreas assim (Entrevistada P10).

Na área de Enfermagem, evidenciaram-se manuais com data, horário e tema de todos os treinamentos agendados para o ano de 2016. Em ambos os hospitais pesquisados esse cronograma é desenvolvido anualmente. Conforme pode-se observar no relato de alguns entrevistados, os gestores se reúnem no final de cada ano e levantam as necessidades de treinamento para o ano seguinte e já fazem este cronograma.

Também pode ser observado que, para as áreas mais técnicas, como Enfermagem e Farmácia, ocorrem muitos treinamentos internos. Da mesma forma, ocorrem também com relação às novas tecnologias implantadas no hospital, para os usuários que precisam trabalhar com elas. Já para áreas mais estratégicas, as organizações buscam qualificações externas, visando desenvolver seus profissionais e buscar novas tecnologias no mercado, conforme apontam Murovec e Prodan (2009)

O gestor entrevistado P1 comenta sobre uma qualificação externa que o Hospital Beta proporcionou para seus gestores:

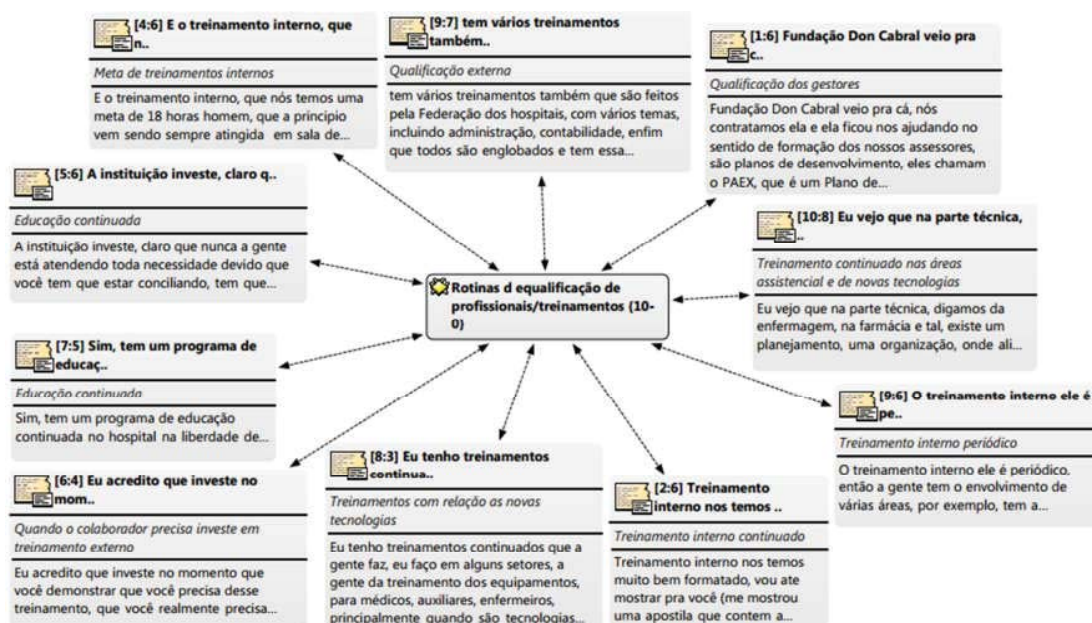
[...] a Fundação Don Cabral veio pra cá, nós contratamos ela e ela ficou nos ajudando no sentido de **formação dos nossos assessores**, são planos de desenvolvimento, eles chamam o PAEX, que é um Plano de Desenvolvimento para Executivos [...]

A entrevistada P9 também comenta sobre alguns treinamentos proporcionados pela própria Federação dos Hospitais:

[...] tem vários **treinamentos também que são feitos pela Federação dos hospitais**, com vários temas, incluindo administração, contabilidade, enfim que todos são englobados e tem essa participação. E o que a gente nota é que quando este profissional tem a possibilidade de participar, quando ele volta ele tem a possibilidade de também aplicar o que ele aprendeu lá aqui dentro também, ele tem essa liberdade, essa possibilidade. [...]

Os relatos referentes a rotina de treinamentos são sintetizados na Figura 25.

Figura 25 – ACAP transformação – rotinas de qualificação de pessoal



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

4.3.2.4 Dimensão aplicação

Nesta seção apresentam-se as evidências referentes aos processos e às rotinas que permitem às organizações estudadas incorporar o conhecimento adquirido, assimilado e transformado em suas operações, a fim de aperfeiçoar, refinar, expandir e alavancar rotinas, processos, competências e conhecimentos existentes. E, da mesma forma, criar novas operações, competências, rotinas, serviços e formas de organização (COHEN; LEVINTHAL, 1990; LANE; LUBATKIN 1998; ZAHRA; GEORGE, 2002; LANE; KOKA; PATHAK, 2006; TODOROVA; DURISIN 2007).

As evidências foram analisadas a partir dos conceitos de Flatten *et al.* (2011) e Camargo (2012). Nesse sentido, os processos e as rotinas caracterizados nessa dimensão foram rotinas de desenvolvimento de novos processos, serviços e projeto-piloto.

a) Rotinas de desenvolvimento de novos processos, serviços e projeto-piloto

Essas rotinas tratam-se da frequência com que são desenvolvidos novos serviços e processos dentro da organização e se as organizações apresentam rotinas de desenvolver projetos-piloto antes de expandir esses serviços e processos para toda organização

(CAMARGO, 2012). Também busca identificar se a gerência apoia esse desenvolvimento (FLATTEN *et al.*, 2011).

Com relação ao apoio da gerência para seu desenvolvimento de novos processos e serviços, os gestores foram unânimes em responder que existe esse apoio, conforme evidenciado nos relatos:

Sim, os **novos serviços sempre saem daqui**, o suporte daqui tanto técnico quanto de recursos materiais, tudo é aqui que são feitos os pedidos e encaminhados para os setores novos (Entrevistada P2).

Eu acho que sim, porque isso faz parte, a gente sempre presa pela qualidade e é impossível você agregar só qualidade sem **estar agregando novas tecnologias, novos processos, novas ideias** (Entrevistada P5).

Sim através da comissão de Tecnovigilância, tudo passa por lá, se for aprovado um consenso de todos e houver a verba e houver o investimento e o retorno, com certeza é aprovado e vai pra frente (Entrevistado P8).

Sim tanto para aplicação aqui dentro dos próprios conhecimento que a gente tem fora daqui quanto para, por exemplo, recentemente a gente teve um processo de acreditação do Laboratório de análises clínicas, então ele é acreditado pelo DICQ (Sistema Nacional de Acreditação) em todas as áreas, desde o atendimento até a própria análise, enfim, isso foi um processo que também envolveu várias áreas daqui de dentro que também teve que envolver bastante **suporte da direção**, em função disso, até porque é uma ideia nova, que tem que ter o apoio aqui de dentro também né, para que o próprio gestor consiga realizar o que ele pretende (Entrevistada P9).

O gestor entrevistado P1 cita a questão da cirurgia robótica, a qual se entende como um incentivo ao desenvolvimento de novos serviços dentro da organização:

[...] o Hospital Beta precisa também começar a pensar na **cirurgia robótica**, não dá para nós ficar de fora disso. Então o hospital já começou a trazer empresas para demonstrar como é que é, qual é o custo, se tem retorno, se os convênios vão pagar isso, a segurança do paciente, uma série de coisas, e realmente tem muita segurança, minimiza o risco para o paciente (Entrevistado P1).

Com relação ao desenvolvimento de projeto-piloto, alguns entrevistados, como o gestor entrevistado P7 e o entrevistado P8, entendem que o Hospital Gama não desenvolve projeto-piloto. Para P1 apenas são seguidas as normas: “**Não temos projeto-piloto**, quando vamos buscar, são feito estudos e discutido antes (Entrevistado P7)”.

Na verdade a **gente segue algumas normas**, por exemplo, se tu vai montar um setor novo, você tem que basear na RDC50, que é pra serviços hospitalar. Lá diz como fazer, então a gente segue normas, né, na verdade não se inventa nada, na área hospitalar tudo você segue as normas, então tem as RDCs, cada setor tem uma RDC específica [...]. Esse serviço obviamente tem que ser aprovado pela vigilância sanitária, pra isso é encaminhado a Porto Alegre o projeto é aprovado lá, depois volta e é executado, você tem que ter um número mínimo de funcionários pra aquele setor funcionar, então está tudo dentro da norma como tem que fazer [...] (Entrevistado P8).

Por outro lado, as gestoras entrevistadas P2, P5 e P10 consideram que são realizados projetos-piloto. Elas inclusive citam alguns exemplos de novos processos com a realização do projeto-piloto antes da implantação no hospital como um todo:

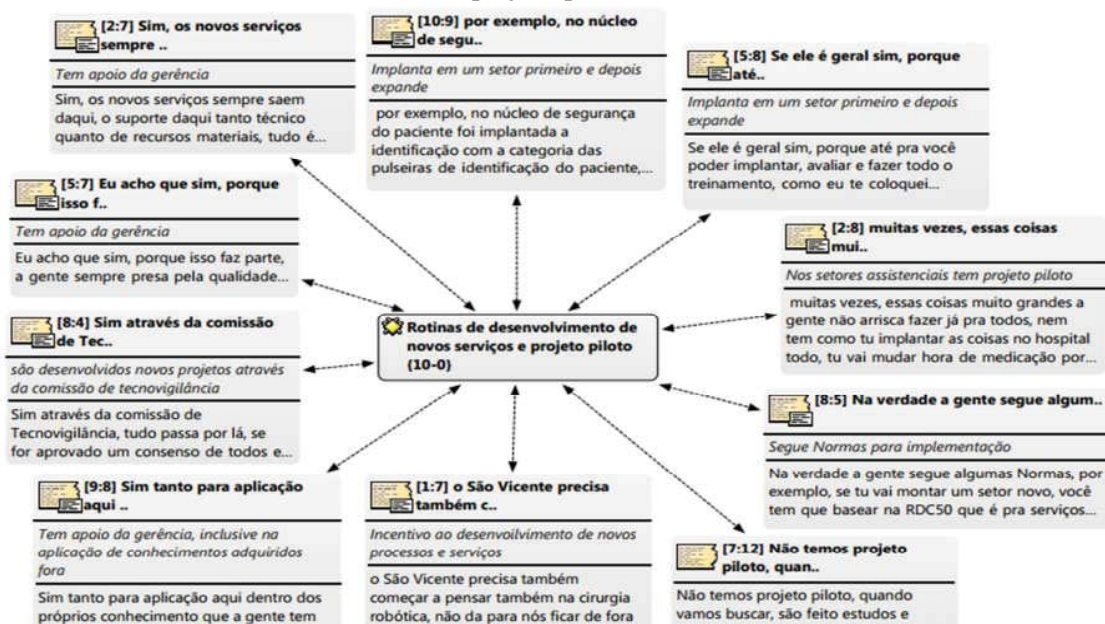
Muitas vezes, essas coisas muito grandes a gente não arrisca fazer já pra todos, nem tem como tu implantar as coisas no hospital todo, tu vai mudar hora de medicação, por exemplo, e se chega dar errado, então tu bota num setor. Sistematização da assistência de enfermagem que sai que é uma coisa que a Legislação te obriga a fazer, que é fazer o exame físico que é registrar tudo isso, que é dizer o que tu precisa pra esse paciente e tudo tem que estar registrado no prontuário, eu não posso pega e botar no hospital todo, então **tem que ser num setor fechado e num setor aberto** [...]. CTI é um setor fechado, por exemplo, e posto de enfermagem é aberto [...]. Ai se der certo a gente implanta pra todo o hospital (Entrevistada P2).

Se ele é geral sim (tem projeto-piloto), porque até pra você poder implantar, avaliar e fazer todo o treinamento, como eu te coloquei antes, um exemplo é o núcleo de segurança ao paciente, são vários protocolos, um deles é a identificação do paciente, então quando a gente iniciou, por exemplo, com a pulseirinha de identificação, **começamos pela emergência e ai depois a gente vai disseminando** para as outras unidades (Entrevistada P5)

[...] no núcleo de segurança do paciente foi implantada a identificação com a categoria das pulseiras de identificação do paciente, isso foi implantado na emergência para ser avaliado como **projeto-piloto**, para ser passado na instituição como restante, então o núcleo avaliou, repassou para os outros, considerou importante, repassou..., fez um projeto-piloto e adotou para o restante da instituição [...] (Entrevistada P10).

Os relatos utilizados para análise dessa categoria são sintetizados na Figura 26.

Figura 26 – ACAP aplicação – rotinas de desenvolvimento de novos processos e serviços e projeto-piloto



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Entende-se, a partir dessas colocações, que as duas organizações estudadas apresentam rotinas de desenvolvimento de novos processos e serviços, uma vez que seus gestores incentivam e dão suporte para tal, fazendo referência ao estudo de Flatten (2011). Quanto ao desenvolvimento de projetos-piloto, percebe-se que os setores assistenciais acabam fazendo quando mudam algum processo ou estabelecem um novo serviço, antes de replicar para todo o hospital. Essa prática vai ao encontro dos resultados do estudo de Camargo (2012), no qual a empresa de serviços pesquisada desenvolve projetos em pequena escala, para melhor controle das variáveis antes de aplicar na empresa como um todo, principalmente no lançamento de novos serviços.

4.3.2.5 Sistematização dos elementos que caracterizam os processos e rotinas da capacidade absorptiva

Com base na análise das categorias, a partir dos dados empíricos coletados nas entrevistas e pesquisa documental realizada nas organizações estudadas, foram identificados processos e rotinas que suportam o desenvolvimento da capacidade absorptiva em ambos os hospitais.

O quadro 22 sistematiza os processos e as rotinas que suportam o desenvolvimento de cada uma das dimensões da capacidade absorptiva identificadas nos hospitais, que compõe as categorias analisadas.

Quadro 22 – Sistematização dos resultados de processos e rotinas da capacidade absorptiva

PROCESSOS E ROTINAS DAS DIMENSÕES DA CAPACIDADE ABSORPTIVA			
Dimensões	Categorias	Hospital Beta	Hospital Gama
Aquisição	Rotinas de controles	-Rotinas padronizadas e monitoradas por meio de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), manuais e normas que devem ser seguidas.	-Rotinas padronizadas e monitoradas por meio de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), manuais e normas que devem ser seguidas.
	Rotinas de estabelecimento de padrões operacionais	-Estabelecimento de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para realização das atividades.	-Estabelecimento de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para realização das atividades.
	Rotinas de receber <i>feedback</i>	-Recebe <i>feedbacks</i> de seus clientes, por meio da pesquisa de satisfação.	- Recebe <i>feedbacks</i> de seus clientes, por meio da pesquisa de satisfação, <i>feedbacks</i> de funcionários e de fornecedores.
	Rotinas de busca de informações externas	- Rotinas de pesquisa de satisfação de clientes; - Rotinas de pesquisas em relação à epidemiologia e às pesquisas médicas.	- Rotinas de pesquisa de satisfação de clientes, Ouvidoria; pesquisa de leito; - Rotinas de busca de informações por meio das redes sociais

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

(Continua)

PROCESSOS E ROTINAS DAS DIMENSÕES DA CAPACIDADE ABSORTIVA			
Dimensões	Categorias	Hospital Beta	Hospital Gama
Aquisição	Rotinas de investimento em Pesquisa e Desenvolvimento	-Realização de pesquisas acadêmicas, com retorno ao hospital; - Departamento de Ensino e Pesquisa em parceria com universidades; - Está buscando parceria com Laboratórios para simuladores de treinamento de alta tecnologia.	-Realização de pesquisas acadêmicas, com retorno ao hospital; -Realização de pesquisas na área de oncologia. Convênios com universidades.
Assimilação	Rotinas de discussão	- Discussões formais por meio de reuniões, comissões, reuniões multidisciplinares e núcleos internos; - Discussões informais.	- Discussões formais por meio de reuniões, comissões, reuniões multidisciplinares e núcleos internos; - Discussões informais.
	Rotina de rodízio entre funções	- Rotação de função dentro da mesma área, nas férias de outros colaboradores, quando ocorre algum problema e quando abre outro setor dentro da mesma área. Essa rotação ocorre mais na área assistencial; - Não ocorre rodízio de funções entre diferentes áreas.	- Rotação de função dentro da mesma área, nas férias de outros colaboradores, quando ocorre algum problema. Essa rotação ocorre mais na área assistencial; - Não ocorre rodízio de funções entre diferentes áreas.
Transformação	Rotinas de qualificação de pessoal, treinamento	-Realização de treinamentos internos, com foco na área assistencial. -Realização de treinamentos e qualificações externas para gestores; -Levantamento das necessidades de treinamento no final de cada ano, para o ano seguinte.	-Realização de treinamentos internos, educação continuada com foco na área assistencial; -Treinamentos continuados para utilização de novas tecnologias que são implantadas, tanto internos, quanto externos; -Realização de treinamentos e qualificações externas para gestores. -Levantamento das necessidades de treinamento no final de cada ano, para o ano seguinte.
	Rotina de rodízio de pessoas	-Rotação de função dentro da mesma área, nas férias de outros colaboradores, quando ocorre alguma situação necessária dentro da mesma área. Essa rotação ocorre mais na área assistencial; -Não ocorre rodízio de funções entre diferentes áreas.	-Rotação de função dentro da mesma área, nas férias de outros colaboradores, quando ocorre alguma situação necessária dentro da mesma área. Essa rotação ocorre mais na área assistencial; - Não ocorre rodízio de funções entre diferentes áreas.
Aplicação	Desenvolvimento de novos serviços, processos e projetos-piloto	-Os gestores apoiam o desenvolvimento de novos processos e serviços. Entende-se que existe essa rotina; -Os setores assistenciais realizam projetos-piloto quando implantam um novo serviço ou procedimento.	-Os gestores apoiam o desenvolvimento de novos processos e serviços. Existe o suporte da Direção. Entende-se que existe essa rotina; -Os setores assistenciais realizam projetos-piloto quando implantam um novo serviço ou procedimento.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2017).

Analisando o Quadro 22, percebe-se que rotinas e processos identificados nos dois hospitais – Beta e Gama – são semelhantes. Ambas as organizações realizam Procedimentos Operacionais Padrão para nortear suas rotinas, seguem manuais e normas para a maioria de

suas rotinas e realizam discussões formais e informais. Quanto à rotação de funções, ela ocorre em período de férias ou algum caso específico, dentro da mesma área de especialidade, tanto no Hospital Gama, quanto no Hospital Beta, não se constituindo uma rotina quando comparado com as rotinas de rodízio de funções estudada por Camargo (2012).

Com relação às rotinas de treinamento e de qualificação de pessoal, tanto o Hospital Beta, quanto o Hospital Gama realizam as mesmas, com agendas de treinamentos internos para todo o ano para a parte assistencial. E, para os gestores, ocorrem capacitações externas, buscando desenvolvê-los profissionalmente conforme os conceitos apresentados por Murovec e Prodan (2009) e Camargo (2012).

As organizações também apresentam semelhanças com relação às rotinas de investimento em pesquisa e desenvolvimento, apresentando convênios com universidades e realização de pesquisas acadêmicas. Evidenciou-se, contudo, a necessidade de ambos os hospitais estabelecerem rotinas de investimento em novas tecnologias, para assemelhar-se ao construto validado por Camisón e Forés (2010) e os resultados da pesquisa de Silva (2016). Os hospitais investem em novas tecnologias, entretanto esse investimento não foi identificado como uma rotina.

Os hospitais ainda apresentam semelhanças com relação às rotinas de desenvolvimento de novos serviços e processos, no sentido que os gestores das duas organizações apoiam esse desenvolvimento corroborando Flatten (2011). Com relação às rotinas de desenvolvimento de projeto-piloto, ambas as organizações apresentam essa prática nos setores assistenciais quando ocorre alguma mudança de processos e/ou introdução de novos serviços, antes de replicar para todo o hospital. Tais evidências vão ao encontro dos resultados do estudo de Camargo (2012) quanto a essas rotinas.

Foram identificados também alguns processos e algumas rotinas que diferem no Hospital Beta e no Hospital Gama, como as rotinas de receber *feedbacks*, uma vez que o Beta recebe *feedbacks* apenas de seus clientes, enquanto o Hospital Gama apresenta rotinas de receber também de seus funcionários e fornecedores. Quanto às rotinas de realização de busca de informações externas, o Beta realiza pesquisas de satisfação com seus clientes e pesquisa com relação à epidemiologia, enquanto no Gama ficaram evidentes rotinas de realização apenas de pesquisas de satisfação de clientes, busca por meio da Ouvidoria e redes sociais.

Nota-se também a não utilização de rotinas de pesquisas de mercado, em ambos os hospitais, apesar de ser uma das rotinas que, na visão de Tu *et al.* (2006), permite a captura do conhecimento.

Em relação às rotinas e aos processos identificados nos hospitais estudados, apesar de as organizações não apresentarem algumas das rotinas definidas nas categorias, entende-se que ambos os hospitais apresentam práticas de processos e rotinas que suportam o desenvolvimento de cada uma das dimensões da ACAP.

4.3.3 Mecanismo de aprendizagem e governança do conhecimento que suportam a capacidade absorptiva

A partir dos fundamentos teóricos abordados neste estudo, foram identificados os mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento, presentes nas organizações estudadas, que sustentam a existência da capacidade absorptiva. Para cada uma das dimensões da capacidade absorptiva buscou-se identificar os mecanismos com base nas categorias apresentadas no Quadro 14 (p. 74) – Categorias para mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento das dimensões da capacidade absorptiva, que emergiram de constructos testados e validados anteriormente por Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005), Tu *et al.* (2006), Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia e Fernández-de-Lucio (2008), Camisón e Forés (2010), Murovec e Prodan (2009), Cepeda – Carrion *et al.* (2012) e Camargo (2012).

Para Andreeva e Chaika (2006), os mecanismos podem ser estabelecidos por meio de grupos de trabalho multidisciplinares e comitês, delegação de responsabilidades, intensificação da troca de informações entre departamentos e alinhamento com as tarefas de desenvolvimento de capacidade de mudança.

4.3.3.1 Dimensão Aquisição

Nesta seção serão descritas as evidências referentes a mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento que os hospitais utilizam para localizar, identificar, valorizar e adquirir conhecimento externo, fundamental para suas operações (ZAHRA; GEORGE, 2002; LANE; KOKA; PATHAK, 2006; TODOROVA; DURISIN, 2007).

A análise das evidências baseou-se nos conceitos de Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005), Tu *et al.* (2006), Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia e Fernández-de-Lucio (2008), Versiani *et al.* (2010), Flatten *et al.* (2011), Camargo (2012) e Oliveira (2016). Os mecanismos caracterizados nessa dimensão foram mecanismo de busca, mecanismos de *feedback*, e padrões, normas, procedimentos e documentação de processos e interações informais com outras organizações.

a) Mecanismos de busca (pesquisas, aquisições, contratações, interações com clientes)

Entende-se como mecanismos de busca de informações externas às pesquisas, mecanismos de aquisição de empresas, contratações de profissionais qualificados e interação com o cliente (CAMARGO, 2012).

Quanto aos mecanismos de pesquisa, conforme já abordado nas rotinas de pesquisas, a maioria dos entrevistados menciona que os hospitais realizam pesquisas de satisfação de clientes em relação aos serviços prestados, porém não realizam pesquisas de mercado. Embora o Hospital Beta realize pesquisa da epidemiologia e considera essa pesquisa muito importante para a área, considera a importância também das pesquisas de mercado. As evidências empíricas, por meio dos relatos dos entrevistados, foram apresentadas nas rotinas de busca de informações externas na dimensão de aquisição, o que justifica, portanto, não serem apresentadas novamente nesta seção.

O mecanismo de aquisição, de acordo com Camargo (2012), refere-se à aquisição de conhecimentos e competências através de aquisições de outras organizações. Quando questionado sobre esse mecanismo, o Hospital Beta comenta sobre a compra de outro hospital, não como um mecanismo de aquisição, pois foi a primeira aquisição do hospital, mas como uma estratégia de mercado para atender clientes particulares e com convênios e não somente pelo SUS. Os relatos evidenciam tal constatação:

[...] uma oportunidade que nós sentimos foi **a compra do hospital**(unidade dois), ali atender paciente privado, diferenciado, plano de saúde, para ajudar a manter o equilíbrio, então isso é um fato. Essa estratégia de aquisição foi esse um fato único que aconteceu agora e que o hospital aproveitou, nas crises também aparecem as oportunidades e nós temos que ficar atentos, não podemos nos encolher, a gente tem que ser visionário pensar lá na frente, na área da saúde se você se encolher, você se atrasa e não se recupera mais, ou você busca alternativas e se desenvolve ou tá fadado a regredir [...] (Entrevistado P1).

[...] e **fusões recentemente teve o Hospital Beta com outro hospital**, mas não é uma coisa que chegue a impactar continuamente né, porque foi uma coisa que aconteceu agora, mas **não é o habito do hospital**, fazer fusão, pelo que nós sabemos de outras empresas assim, foi uma coisa pontual (HS4).

[...] certamente foi uma compra estratégica para mercado, como te disse no início antes eles eram concorrentes, agora fazem parte do grupo, no caso da aquisição da unidade dois [...] , é a única filial (Entrevistada P3).

[...] a estratégia de adquirir a unidade dois foi para buscar exatamente o melhor equilíbrio, uma equalização melhor entre pacientes privados, saúde suplementar e o SUS e para o mercado, a população vai dizer então o hospital está investindo mais, não o hospital está tentando salvar o SUS [...] (Entrevistado P4).

O Gestor entrevistado P1 mostra-se aberto a busca de novas oportunidades e a realizar mais aquisições, se possível:

[...] tem muitos hospitais que estão com dificuldades, não conseguem mais sobreviver, hospitais pequenos, então se tem uma oportunidade de avançar na região, estender braços, pontos aonde existem essa área de influencia que o hospital pode também passar a atuar nessas regiões (HS1).

Dessa forma, entende-se que a aquisição recente de um novo hospital foi uma estratégia de busca, perante uma turbulência de mercado, demonstrando a capacidade absorptiva do hospital que conduz a capacidade dinâmica da organização em consonância com os conceitos de Zahra e George (2002) e Wang e Ahmed (2007).

O Hospital Gama não efetuou nenhuma aquisição recente, a única compra foi de um hospital psiquiátrico efetuada no ano de 1993, cujo funcionamento foi viabilizado pelo Hospital Gama em 1989. O administrador do hospital, no entanto, não descarta a possibilidade de novas aquisições: *“Aquisições, fusões não é o métier do hospital, mas assim você está olhando o que os outros estão fazendo, você tem que fazer porque senão você não consegue sobreviver”* (Entrevistado P7).

A entrevistada P9 também comenta que o hospital adquirido: *“[...] é o único hospital psiquiátrico aqui da região Norte, então a gente tem demanda de vários estados”*, o que demonstra que sua aquisição foi uma estratégia de mercado comprovando a capacidade absorptiva da organização.

Quanto ao mecanismo de contratação de profissionais qualificados, refere-se à busca de *expertise* não disponível na organização (CAMARGO, 2012). Os gestores da área de recursos humanos dos dois hospitais descrevem como ocorre essa busca:

[...] os profissionais que se formam pela UPF, hoje pela IMED ou a própria Anhanguera são profissionais que na área da Saúde, ali da UPF eles passam por aqui quase todos, quase que obrigatoriamente fazendo seus estágios, então daí nós temos a oportunidade de conhecê-los, além de estar aberto às questões de procura espontânea por causa do mercado, eu ainda acredito que dificilmente o pessoal da saúde venha a Passo Fundo para trabalhar que não faça um cadastro aqui no Hospital Beta ou encaminha através do site, então ainda acho que nós somos a primeira escolha, então no momento a gente também respeita os demais parceiros e concorrentes estabelecidos, mas existe uma formação, uma preocupação do hospital em formar e desenvolver principalmente que na verdade o segredo de ser é desenvolver, porque o mercado não vai oferecer pessoas prontas, muito raro esses casos (Entrevistado P4).

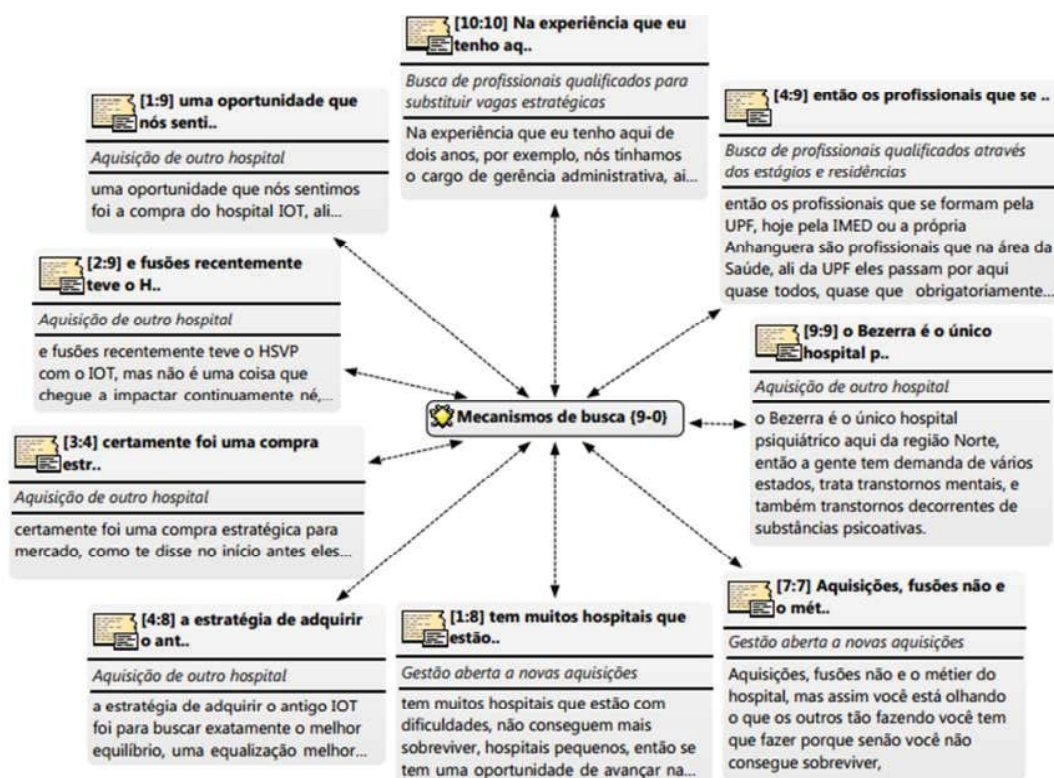
Na experiência que eu tenho aqui de dois anos, por exemplo, nós tínhamos o cargo de gerência administrativa, aí nós tivemos a contratação de um cargo para gerência administrativa, essa pessoa teve outra proposta e aí nós tivemos novamente uma colocação, então foi realizado uma busca e sim colocado. Em algumas outras áreas

também, a ampliação, as novas contratações acontecem de acordo com qualificações, busca também e também muito essa busca por pessoas qualificadas nessas vagas que acabam necessitando de substituição, por pessoas que vão saindo por motivos impares, então isso acontece sim (Entrevistada P10).

Pode-se observar que o Hospital Gama realiza essa busca de profissionais qualificados para substituição de vagas estratégicas. Já o Hospital Beta considera que quase todos que se formam na área da saúde da região passam pelo hospital e dessa forma ocorre a contratação.

A Figura 27 apresenta uma síntese dos mecanismos de busca utilizados nos hospitais, exceto os mecanismos de pesquisa que já foram evidenciados em outra categoria.

Figura 27 – ACAP aquisição – mecanismos de busca



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

b) Mecanismos de Feedback

Camargo (2012) conceitua *feedbacks* como um mecanismo informal de aprendizagem que as organizações utilizam para buscar a efetividade de ações que foram tomadas junto a clientes e fornecedores. Dessa forma, o *feedback* pode ser entendido como um elemento que integra a capacidade absorptiva permitindo à organização reconhecer o valor de informações obtidas com seus clientes.

Os hospitais estudados realizam pesquisas de satisfação de seus clientes, com relação ao serviço prestado e às instalações, confirmando a existência do mecanismo de *feedbacks* em ambos os hospitais. O Hospital Gama também recebe *feedbacks* de fornecedores, quando necessário, para algum equipamento e de funcionários, como nos casos de implementação de algumas mudanças na organização. O Hospital também relata que recebe *feedbacks* por meio da Ouvidoria e da página do hospital na internet; tudo é analisado e dado retorno.

As evidências empíricas relacionadas a esse mecanismo já foram apresentadas anteriormente⁶, nos comportamentos e habilidades e processo e rotinas da ACAP na dimensão de aquisição, visto que, para Camargo (2012), aproveitar *feedbacks* pode ser uma habilidade da organização, bem como uma rotina de receber feedback e mecanismo.

c) Padrões, normas e procedimentos

O mecanismo de padrões, normas e procedimentos, de acordo com Camargo (2012), é utilizado para apoiar as operações das organizações. Esse mecanismo também é entendido como o mecanismo de formalização validado por Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005) e Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia e Fernández-de-Lucio (2008) para a dimensão aquisição. Nesse sentido, o mecanismo de formalização refere-se às regras, aos procedimentos e às instruções formais que conduzem processos organizacionais (VERSIANI *et al.*, 2010).

Na área hospitalar, a maioria das rotinas e de processos é conduzida por normas, documentos e procedimentos. Nos hospitais estudados, tudo é normatizado e, nesse sentido, são evidenciados os POPs, em que são descritas rotinas que devem ser seguidas passo a passo para realizar determinadas atividades. Eles estão em praticamente todos os setores de ambos os hospitais, principalmente nos setores assistenciais. Esses procedimentos são revisados anualmente ou quando tem alteração de alguma norma. As evidências empíricas obtidas por meio das entrevistas foram apresentadas nas rotinas de controle e padronização⁷ e, portanto, serão apresentadas novamente nessa subcategoria apenas alguns relatos como exemplos.

Tudo tem rotina descrita, anualmente em Janeiro é feito a revisão, quem quiser fazer modificação ou necessitar fazer alguma atualização, as vezes não é nem querer, a própria Legislação as vezes muda em algumas situações, então em Janeiro de todos os anos todos os setores que precisam fazer alguma reformulação encaminha para o escritório de qualidade também que vai fazer essa digitação traz pra cá, eu assino, como sou quem homologo, e o chefe do setor assina também e é feito em todos os setores da área de enfermagem (Entrevistada P2).

⁶ Os relatos foram apresentados na categoria “habilidade da organização aproveitar feedbacks”, item “e” da seção 4.3.1.1 – Dimensão aquisição.

⁷ As evidências empíricas foram apresentadas na categoria “rotinas de controle”, item “a” da seção 4.3.2.1 – Dimensão aquisição.

Todos os setores tem o POP, ou seja, os Procedimentos Operacionais Padrão escritos e guardados. Os setores administrativos também, todos os setores. A grande maioria é normatizado, como o hospital tem um funcionamento 24 horas tem Norma pra tudo [...] (Entrevistado P7).

Além dos POPs, existem normas que regulamentam o setor hospitalar, conforme relata o gestor entrevistado P4:

[...] a gente segue algumas **normas**, por exemplo, se você vai montar um setor novo, você tem que basear na RDC50 que é pra serviço hospitalar, lá diz como fazer, então a gente segue normas, na verdade não se inventa nada, na área hospitalar tudo você segue as normas. Então tem as RDCs, cada setor tem uma RDC específica, por exemplo, a esterilização tem uma RDC, pra CTI tem uma RDC, e tem uma geral, que é a RDC 50, para estruturas, então diz lá como é o tamanho da sala, como tem que ter uma pia, então você só segue e monta o serviço. Esse serviço obviamente tem que ser aprovado pela vigilância sanitária, pra isso é encaminhado a Porto Alegre. O projeto é aprovado lá, depois volta e é executado, você tem que ter um número mínimo de funcionários pra aquele setor funcionar, então está tudo dentro da norma, como tem que fazer. Então é só seguir, se você seguir tudo da certo, funciona mais ou menos assim, isso é bom, porque senão as pessoas vão eliminando etapas e o serviço não sai como tem que ser (Entrevistado P8).

Os equipamentos também são controlados e precisam ter certificados de calibração. Para tal, os hospitais desenvolvem alguns controles e, conforme o relato do entrevistado P8, há um controle bem rígido com relação a calibrações, documentando-se e registrando-se tudo. P8 afirma:

[...] tenho um **controle bem rígido com relação a certificados de calibração** de equipamentos, as manutenções eu tenho tudo registrado, passamos num software que registra isso, então quando a gente compra um equipamento a gente faz o cadastro do equipamento nesse software e gerencia toda a vida dele [...] (Entrevistado P8).

d) Interações informais com outras organizações

As interações informais com outras organizações podem também contribuir para a identificação e aquisição de novas informações (OLIVEIRA, 2016). Para Tu *et al.* (2006), essas interações podem ocorrer por meio da participação em eventos, feiras e programas de *benchmarking*.

Nos hospitais Beta e Gama, todos os entrevistados afirmam que existe a participação dos hospitais, através de seus colaboradores em congressos, feiras e *benchmarking*, com objetivo de buscar conhecimento em suas áreas para aplicar na instituição. Os relatos dos entrevistados evidenciam esse fato:

Nós temos sempre **feiras de saúde** na cidade que o hospital participa, a nossa escola de técnicos em enfermagem acaba participando sempre porque não só os funcionários, os professores como os alunos participam. **Congressos** sempre, tanto

em Passo Fundo quanto fora de Passo Fundo, sempre que alguma coisa bem focada na área. Pega controle de infecção, nós sabemos que no estado sempre tem um congresso interessante de controle de infecção, então os profissionais vão, a CTI, o próprio gerenciamento de pessoas, dependendo do foco, se tem a gente sempre estimula, sempre é liberado horas, e ajuda de custo (Entrevistada P2).

Participam, e **quem participa repassa aos demais**. Eu dizia na abertura (reunião que o gestor fez com a equipe após a participação no Congregar), bom como é preconizado, agora estamos nós aqui repassando para vocês líderes. Então, cada um repassa dentro da amplitude do seu cargo ou do assunto. Se tem um assunto de técnicas de farmacêutica, vai repassar específico para os farmacêuticos, mas ele pode também, ah! isso aqui é lá para enfermagem, lá da enfermagem de repente vai repercutir na reunião mensal dos enfermeiros vai se tratar aquele assunto da farmácia com a determinada importância que tem que ser disseminado aquele novo conhecimento, aquela novas rotinas estabelecidas (Entrevistado P4).

Nós temos participado nos **congressos** como ação dos funcionários, cada um vai no seu segmento e participa nos congressos, hoje por exemplo tem o pessoal do Laboratório que está fora participando de um congresso [...]. Todos os setores tem espaço para participar, desde que tenha orçamento pra isso e que seja um programa interessante e que tenha um retorno para o hospital (Entrevistado P7).

[...]a gente vai em **feiras**, a **feira hospitalar** é um exemplo de uma ou duas vezes por ano a gente vai **para conhecer as novas tecnologias** e também a gente procura através da internet, de outros hospitais referências para poder adquirir equipamentos e colocar aqui em funcionamento (Entrevistado P8).

Tem essa participação sim, em cada área, por exemplo, recentemente teve um **congresso** do setor hospitalar [...]. E o que a gente nota é que quando este profissional tem a possibilidade de participar, quando ele volta ele tem a possibilidade de **aplicar o que ele aprendeu** lá aqui dentro também, ele tem essa liberdade, essa possibilidade (Entrevistada P9).

Nós tivemos agora a nossa responsável técnica pelo laboratório que foi em um **congresso** no Rio de Janeiro, onde ela também está trazendo várias **atualizações** para o laboratório que também já está acreditado. Tem toda uma estrutura muito avançada, estão ocorrendo já, e vários outros setores que tem a **participação em congressos, em eventos**, tanto quanto a nossa residência multi e a médica que elas estão sempre participando de eventos e trazendo e levando informações para todos os espaços (Entrevistada P10).

O gestor entrevistado P1 comenta sobre a participação dos médicos: “os médicos, eles estão sempre buscando formação fora, ou seja, vão **buscar no exterior, fazem cursos, participam de jornadas, congressos**”.

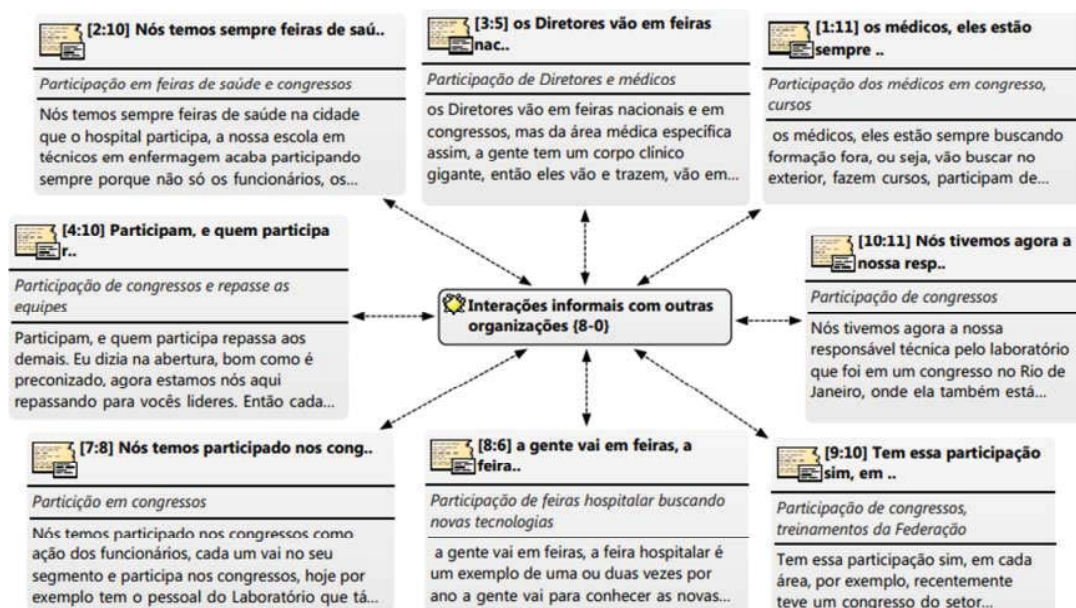
A gestora entrevistada P3 comenta que a participação é mais dos diretores do hospital e da área médica, não envolvendo a área de Marketing:

Os **diretores vão em feiras nacionais e em congressos**, mas da área médica específica assim, a gente tem um corpo clínico gigante, então eles vão e trazem, vão em nome do hospital defender artigos também, vão muito, todos, urologia, ginecologia, cirurgia, tudo, mas nós aqui (marketing) não, tipo nós teríamos que ir numa feira hospitalar, nós teríamos que ir numa feira de saúde para ver o evento em si, não pelo conhecimento técnico, mas como é feito, como é, se hoje a gente quer fazer uma, a gente vai ficar, por mais surpreendente que seja, talvez a gente não tenha visto coisas diferentes a ponto de surpreender mais ainda né, limitado no

conhecimento. Teria que ser no mínimo 2 vezes ao ano, no mínimo uma vez por semestre. A área médica é constante essas participações, por eles e pelo hospital, vão independentemente, um urologista foi na feira de Urologia Internacional na França, vai por ele, um outro vai defender um artigo para o hospital, vai pelo hospital, mas todos agregam valor e conhecimento aqui obviamente (Entrevistada P3).

A Figura 28 apresenta uma síntese dos relatos utilizados na análise desta categoria.

Figura 28 – ACAP Aquisição – interações informais com outras organizações



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Com base nas evidências empíricas, nota-se que ambos os hospitais participam de feiras, congressos, eventos promovidos pelas associações e Federação dos Hospitais, adquirindo conhecimento para posterior repasse aos demais colaboradores das áreas específicas e aplicação do conhecimento que for relevante. Esse mecanismo está em consonância com Tu *et al.* (2006). No Hospital Beta, porém, pode-se notar que a área de Marketing não é muito envolvida nessas interações, tornando-se um ponto prejudicial para esse mecanismo na instituição.

4.3.3.2 Dimensão Assimilação

Nesta seção serão apresentadas as evidências referentes aos mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento, identificados nos hospitais estudados e

utilizados para que as novas informações ou conhecimentos adquiridos sejam analisados, processados, interpretados, entendidos, interiorizados e classificados (ZAHRA; GEORGE, 2002; LANE; KOKA; PATHAK, 2006; TODOROVA; DURISIN, 2007).

A análise das evidências baseou-se nos conceitos de Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005), Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia e Fernández-de-Lucio (2008), Camisón e Forés, (2010) e Camargo (2012). Os mecanismos caracterizados nessa dimensão foram: rotação de funções/tarefas; mecanismos de integração social; *benchmarking* industrial e interface entre funções.

a) Rotação de função/tarefas

O mecanismo de rotação de funções/tarefas tem por objetivo aumentar a habilidade de resolução de problemas, aumentar o conhecimento e o contato entre os membros (JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005). Esse mecanismo foi validado por Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005) para as dimensões de assimilação e transformação da capacidade absorptiva.

Com base nas evidências empíricas já apresentadas na rotina de rodízio entre funções⁸, entende-se que, da mesma forma, os hospitais estudados não realizam o mecanismo de rotação entre funções de diferentes áreas e setores. No entanto, dentro da mesma área e especialidade ocorrem alguns casos entre enfermeiros e técnicos e em situações excepcionais, como algum atrito, criação de um serviço ou departamento novo ou para cobrir ausências e férias.

No estudo de Santos (2015), esse mecanismo foi evidenciado em três das cinco empresas estudadas, sendo que uma delas também ocorre nas férias de outros colaboradores; nas demais, a rotação de funções/tarefas ocorre com frequência, porém informalmente.

b) Mecanismos de integração social

Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia e Fernández-de-Lucio (2008) classificam os mecanismos de integração social em formal, por meio de reuniões, círculos de qualidade e metodologia na solução de problemas, e informais, quando ocorre através de discussões e encontros de integração. Esses mecanismos são práticas que tem por objetivo reduzir as barreiras para troca de informações dentro da organização (ZAHRA; GEORGE, 2002), induzindo a discussão e facilitando a distribuição do conhecimento.

⁸ Esses mecanismos também podem ser definidos como uma rotina. Os relatos já foram apresentados na categoria “rotina de rodízio entre funções”, item “b”, da seção 4.3.2.2 – Dimensão assimilação.

Os hospitais estudados utilizam tanto mecanismos formais quanto informais. Os mecanismos formais ocorrem por meio de reuniões mensais com gestores e reuniões dentro do próprio departamento, comitês de qualidade 5S, comissões e núcleos criados nos hospitais, cada um com a sua especificidade. É o que afirmam os entrevistados:

Mensal (frequência de reuniões), **de gestores, dos líderes, das AGMs** que são os coordenadores de projetos com todos os que estão vinculados, se tu pegar, por exemplo, o pilar de economia, econômico financeiro, só ali tem umas 12, 15 pessoas envolvidas com ações e indicadores diretos, um exemplo, melhorar nosso nível de faturamento, então, é **mensal essa reunião**, nós chamamos de pré AGM, então ali ele vai ter que se explicar e depois nós temos a reunião mensal que é a AGM com a Direção, ai participa o Superintendente, eu como Diretor Administrativo/Financeiro, o Diretor Médico o Superintendente do Ensino e Pesquisa e os quatro coordenadores dos pilares, então ali a gente analisa o BSC, reprograma as estratégias que o hospital quer fazer, isso também é mensal (Entrevistado P1).

Nós temos o **comitê de 5S** temos a própria **CIPA, comissões**, nós temos mais de 20 comissões no hospital, mas é usada pra definir coisas macros, digamos assim, mas não para estar resolvendo problema [...] (Entrevistada P2).

[...] nós implantamos em 95, 96, o programa 5S, completou 20 anos agora, esses dias, e todo ano a gente faz um evento disso, através do Comitê é feito avaliações, o pessoal tem um certificado que vai ganhando estrelinhas ou pode até perder esse certificado, então há um processo de auditoria digamos assim, que é feito uma vez por ano [...] (Entrevistado P4).

Na Enfermagem nós **temos um encontro mensal**, então nesse encontro são discutidas desde a assistência, de rotinas, de POPs, de novas técnicas, de novas tecnologias, é uma atualização, um treinamento, como discutindo também os pontos inerentes ao setor, aos próprios colaboradores e a gente tem **comitês, tem comissões, tem núcleos** e também **mais alguns encontros gerenciais** diretos administrativos, onde a administração convoca os gestores das unidades pra esse momento. **A frequência dessas reuniões** é mensal e consegue envolver todos os funcionários do setor, porque cada setor tem um dia específico, um horário específico para sua reunião dentro da organização [...] (Entrevistada P5).

Nos setores as **reuniões acontecem mensalmente**, é uma reunião mensal que dai os setores se reúnem cada um com os seus colaboradores. Também tem as convocações, a gente recebe as convocações para um assunto que seja determinante para resolver naquele momento, que é variável não tem uma periodicidade. As **reuniões do próprio núcleo** elas tem periodicidade [...] (Entrevistada P6).

Nós temos **comissões**, que estão começando agora, hoje o Laboratório já é acreditado do hospital com selo de qualidade (Entrevistado P7).

[...] a gente tem **os núcleos, as comissões** e ai eu acredito que as decisões são muito tomadas, por exemplo, em núcleos de determinadas áreas, a gente tem o núcleo de planejamento onde vem algumas colocações para que o grupo possa se manifestar, opinar, dizer o que que acha ai isso é repassado para os outros, as comissões em específico de cada área também determinam questões antes de passar pro restante da instituição, então acho que nas áreas específicas isso também acontece. Por exemplo, na instituição hospitalar tem **a comissão de Tecnovigilância tem o núcleo de segurança do paciente, tem as comissões da própria área da saúde**, de cada especificidade, médica [...] (Entrevistada P10)

Os mecanismos de integração social informais ocorrem por meio de encontros festivos proporcionados pelos hospitais em datas especiais, comemorativas das profissões, por exemplo, entre setores, como nos aniversários, entre outros. Os mecanismos informais são relatados nas entrevistas, conforme segue:

A gente geralmente costuma fazer nas datas de cada profissão, por exemplo, que **se reúnem** no dia da secretária, dia do médico, enfim, mas também tem final de ano, páscoa, dia da mulher a gente teve uma atividade que até **reuniu todas as áreas**, e foi realizado uma atividade, teve uma oficina de beleza, depois um coffee, enfim, teve várias atividades assim nesse sentido (Entrevistada P9)

sim as **pessoas estão envolvidas** eles fazem a semana 5S, que é o que aconteceu na semana passada, onde várias questões são publicadas evidencias, inclusive o talento das pessoas, a gente abre um espaço também para que esses talentos sejam trazidos, ou seja, lá com artesanato, um espaço para as pessoas criarem, então como eu acho que é um espaço, nos temos o coral, poucos participam, mas aquelas que são do coral é uma realização, ai tem outras questões que vão de outros grupos e outros movimentos, mas basicamente o forte é o 5S da gestão da qualidade (Entrevistado P4).

Existe assim, por exemplo, **festa junina**, ai o hospital tem uma sede campestre [...] eu sempre brinco que o melhor clube da cidade, porque tem tudo lá, então é os funcionários e família e filhos, vão pra lá, nunca pode ir todo mundo, vão os que não estão de plantão. Nós homenageamos os funcionários que tinham mais de 25 anos de hospital o ano passado com uma festa maravilhosa também [...], essas datas macros assim o **hospital festeja com funcionários** e filhos [...] acho que praticamente todos os setores nos aniversários, pelo que eu vejo assim, eles fazem o aniversário do mês [...] mas dai é uma coisa de cada setor. Agora isso que eu te falei de Natal, páscoa, dia da criança é o hospital em si (Entrevistada P2).

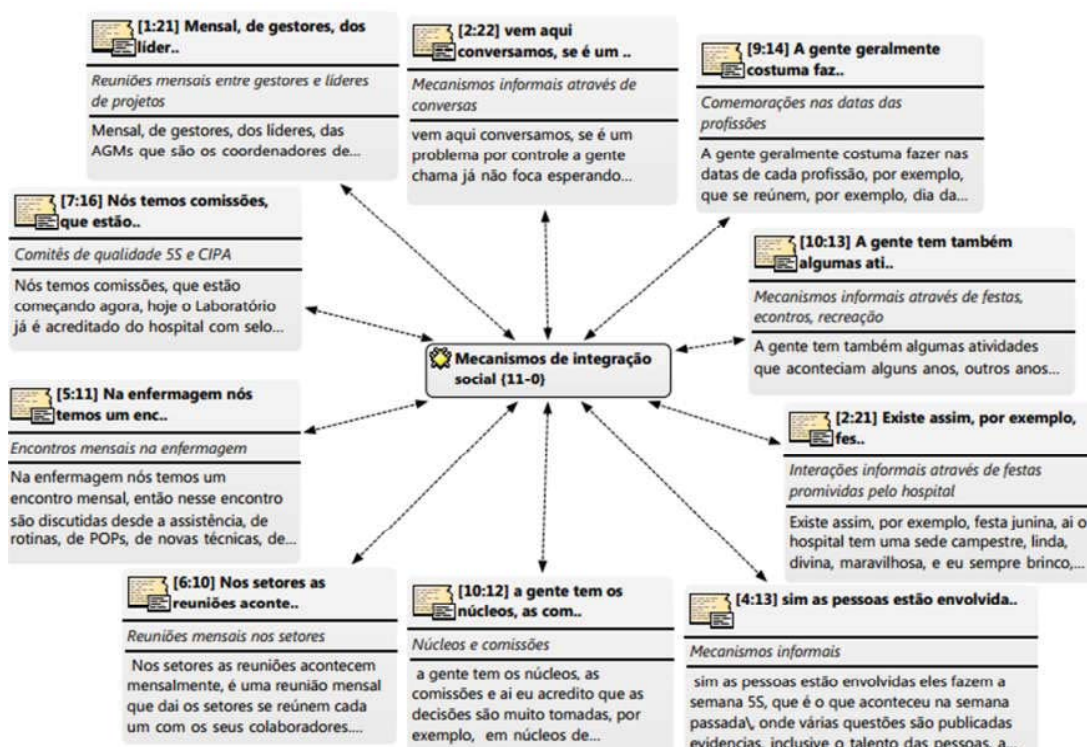
A gente tem também algumas atividades que aconteciam alguns anos, outros anos foi feito diferente, mas tem o aniversário do hospital, que ai teve alguns anos que era um **churrasco para todos os colaboradores**, tem o dia do trabalhador que foi o **almoço para todos os colaboradores**, ou o café, ou outros momentos, por exemplo, na semana passada nós tivemos uma atividade das secretárias, que era a semana do dia da secretárias, teve um café pras secretárias, e final do ano tem geralmente um **almoço ou jantar para o grupo de gestores**. Atividades de recreação nesse sentido ocorrem nessas datas mais comemorativas, ai em datas específicas, a gente, não com essa organização, a gente trabalha algumas datas, dia das mães, dia dos pais, datas assim que a gente considera importante (Entrevistada P10).

A gestora entrevistada P5 também comenta que a resolução de problemas ocorre de maneira informal, com uma discussão, uma conversa:

[...] vem aqui conversamos, se é um problema por controle a gente chama já não fica esperando essas reuniões mensais das comissões. Aqui a gente é muito ágil em tudo, nada tem data marcada, assim, eu preciso hoje, vamos fazer hoje (Entrevistada P5).

Os relatos utilizados para análise dessa categoria são sintetizados na Figura 29.

Figura 29 – ACAP assimilação – mecanismos de integração social.



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Nesse sentido, percebe-se que ambos os hospitais apresentam mecanismos formais e informais de integração, os quais facilitam a troca de conhecimento e, conseqüentemente, aumento na dimensão de assimilação da capacidade absorptiva conforme validado por Veja-Jurado *et al.* (2008).

c) Benchmarking industrial

O *benchmarking* industrial é um mecanismo que permite à organização assimilar conhecimento e tecnologias relevantes provenientes de outras organizações que pertencem ao mesmo setor (CAMISÓN; FORÉS, 2010).

O Hospital Beta realiza *benchmarking* com outros hospitais visando buscar novas tecnologias, e até visitas mais longas, como treinamentos, a exemplo do que citou a gestora entrevistada P2 na implantação de novos serviços. Segue relatos em consonância:

Agora até ontem nós tivemos aqui apresentação da cirurgia robótica, fazer cirurgia com um robô, então isso é uma **tecnologia moderna que está ai de São Paulo, o Eistein tem o aparelho**, nós já estamos começando a estudar isso, não que nós vamos implementar isso agora, é uma coisa muito cara. Mas veja bem, **os médicos**

foram pra fora, já viram isso, olha o Hospital Beta precisa também começar a pensar também na cirurgia robótica, não da para nós ficar de fora disso, então o hospital já começou a trazer empresas para demonstrar [...] (Entrevistado P1).

Sempre que demanda alguma necessidade, vem aqui um profissional enfermeiro e me fala de uma necessidade que ouviu falar que no hospital, **normalmente é Porto Alegre que é mais próximo, que a gente vai**, tem alguma boa para ser vista, um treinamento para ser feito, o próprio escritório da qualidade entra em contato com esse hospital, marcamos uma data e é feito a visita ou estágio, uma coisa assim né. Que nem agora nos temos o transplante de medula óssea para ser implantado no hospital, então eu sei que nós vamos ter que fazer seis meses de treinamento de um profissional fora daqui, então a gente está procurando qual o **hospital que apresenta um programa de ponta para nós mandarmos o nosso enfermeiro** fazer treinamento lá, daí já é bem mais longo, normalmente não acontece isso de ficar 6 meses, normalmente é **benchmarking mesmo, vai lá olha, troca algumas ideias e volta**, agora não, um transplante de medula é algo bem mais complicado, então vai ficar 6 meses lá e vai voltar muito bem treinado aqui (HS4).

O Hospital Beta também realiza *benchmarking* com relação aos indicadores. Conforme afirmado pelo gestor entrevistado P4, a participação nas reuniões da Fehosul permite, além da troca de diversas informações, a análise dos principais indicadores da área com relação a alguns hospitais da região:

Falo mais pela área de RH, nós fazemos parte de um grupo, da Fehosul, que é a Federação dos Hospitais, já a 7, 8 anos, onde lá nós construímos uma série de indicadores que são mensalmente alimentados na Fehosul, e **mensalmente nós temos encontro [...]** e ali é uma troca e além disso vão buscar turnover, absenteísmo, índice de acidente de trabalho, custos sobre folha, receita despesa, então de 10, 12 indicadores que consensamos lá nós que são os principais de outros hospitais por exemplo Moinhos, Santa Casa, Mãe de Deus e hospitais de Bento, hospitais de Caxias, enfim, hospitais filantrópicos do estado, eles tem participação e ali é uma troca e pra nós [...] então nosso benchmarking tá mais focado dentro desse grupo [...] (Entrevistado P4)

No Hospital Gama, nota-se, por meio dos relatos, que estão recebendo mais visitas de outros hospitais do que os visitando, conforme relatos:

Na questão do benchmarking hoje nós estamos mais sendo visitados que visitar, hoje, por exemplo, tem o pessoal de Ijuí ai no bloco cirúrgico (Entrevistado P7).

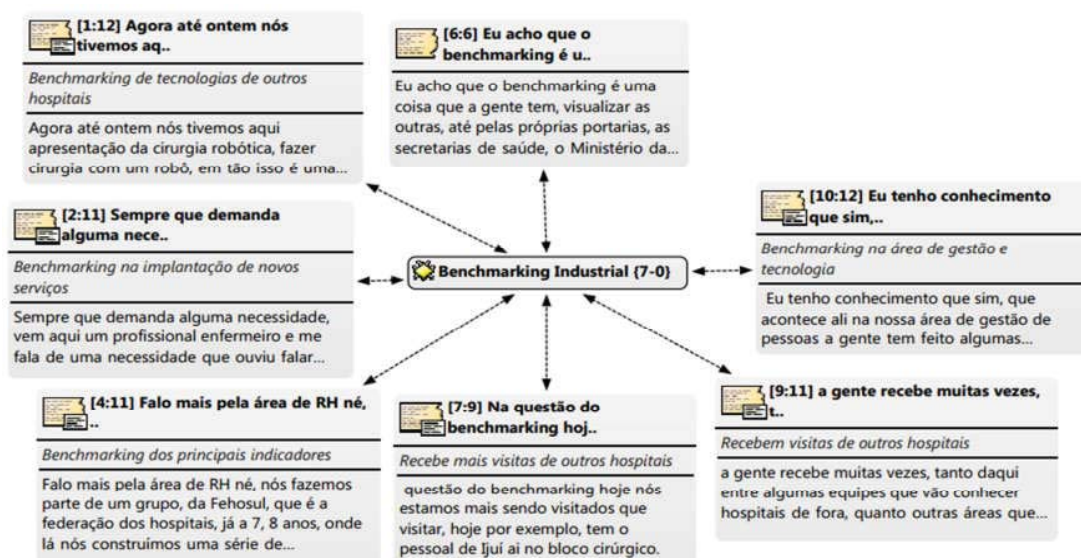
[...] a gente recebe muitas vezes, tanto daqui entre algumas equipes que vão conhecer hospitais de fora, quanto outras áreas que vem até aqui conhecer a nossa forma de trabalho também (Entrevistada P9).

Eu tenho conhecimento que sim, que acontece ali na nossa área de gestão de pessoas a gente tem feito algumas pesquisas para algumas possibilidade que a gente quer ainda, fazer esses encontros, buscar a comunicação com outras empresas para verificar exemplos enfim, mas **a parte da tecnologia acontece bastante** e a gente também recebe muitas pessoas que vem de hospitais menores que o nosso, e também o pessoal bastante da administração, da parte financeira, da própria enfermagem também faz esses encontros em outras instituições para coletar essas informações e

até os próprios congressos, eventos, cursos, isso também é algo que está bem presente (Entrevistada P10).

A Figura 30 apresenta a síntese dos relatos referente aos mecanismos de benchmarking realizado pelos hospitais.

Figura 30 – ACAP assimilação – mecanismos de benchmarking industrial



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Com base nos depoimentos, evidencia-se que o Hospital Beta pratica *benchmarking* com outros hospitais com relação aos seus serviços, processos, indicadores e às novas tecnologias, ou seja, em quase todas as áreas do hospital essa prática foi visualizada, permitindo a assimilação de novos conhecimentos e tecnologias em consonância com Camisón e Forés (2010).

Por outro lado, no Hospital Gama foram evidenciados, em alguns relatos, a realização de visitas em outros hospitais, embora a maioria dos entrevistados alegue que o hospital recebe mais outros hospitais para fazer *benchmarking* de sua organização do que visita outras organizações.

Nesse sentido, Cappellari (2017), em seu estudo empírico realizado em indústrias do setor metal mecânico, evidencia que uma dessas indústrias realiza *benchmarking* com outras empresas em nível nacional e internacional, realizando a troca de ideias para serem implementadas na organização. A outra empresa realiza visitas, mas também abre suas portas para receber visitas e tornar-se referência.

d) Interface entre funções

Interface entre funções é um mecanismo que uma organização tem de formar equipes de trabalho envolvendo pessoas de diferentes áreas, filiais, times para desempenhar uma força tarefa temporária, projetos, entre outros (JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005). Camargo (2012) refere-se a esse mecanismo como a formação de grupos de trabalho específicos para desenvolver projetos ou atividades que não fazem parte da rotina da organização.

No Hospital Beta, essa prática é percebida pelas comissões, que são formadas por profissionais de diferentes áreas para avaliar determinados assuntos, projetos, entre outros. Essas comissões constitutivas que atuam de acordo com seus respectivos regimentos internos constituem-se importante instrumento de gestão para o hospital (RELATÓRIO SOCIAL, 2015). Alguns exemplos das comissões atuantes no hospital são: Comissão de Residência Médica; Comissão de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, Comissão de Humanização, entre outras.

A gestora entrevistada P2 fornece o exemplo da comissão de materiais:

Agora tem situações que a gente faz com equipes, por exemplo, materiais novos no hospital. Existe uma **comissão de materiais** e que nós avaliamos, é enfermeiro, médico, farmacêutico, nutricionista, se um material que vai vir pra uso não é contemplado por nenhum profissional daquele que vai usar aquele material é chamado um profissional para dizer a importância daquele material para uso (Entrevistada P2).

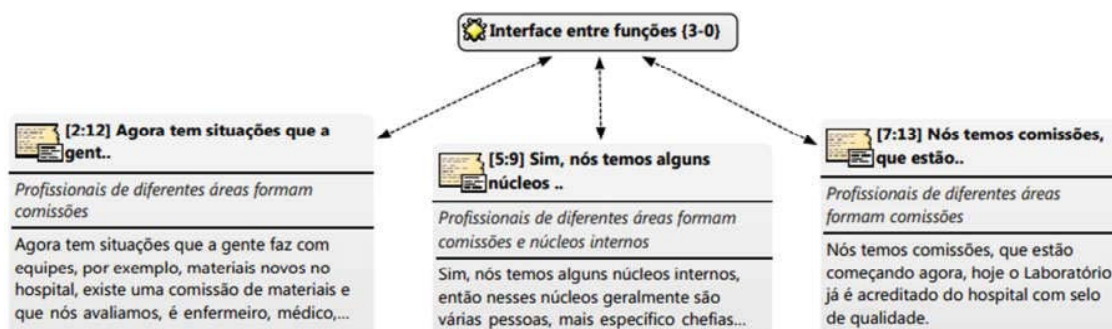
Da mesma forma o Hospital Gama também tem comissões e núcleos formados por colaboradores de diferentes áreas, buscando resolver problemas diversos e avaliar projetos, entre outras finalidades. A entrevistada P6 afirma: “**Tem o núcleo** e eles trabalham sobre essa forma de reunir o pessoal para discutir os assuntos”. Seguem depoimentos de outros gestores entrevistados:

Sim, nós temos alguns **núcleos internos**, então nesses núcleos geralmente são várias pessoas, mais específico chefias que participam, **resolvem ou tomam decisões** ou então viabilizam atividade e o desempenho da instituição, te dou uma comissão, por exemplo, nós temos o **núcleo de segurança do paciente**, tem vários profissionais desde nível técnico, a superior que estão envolvidos nesse processo e todo mundo em prol do paciente. Esse núcleo é um grupo de pessoas que tem vários protocolos que a gente segue de cuidados dentro da instituição e aí tem que ter um profissional de cada área, independente que seja um técnico ou não para gente poder dar sequência e poder fechar a cadeia (Entrevistada P5).

Nós **temos comissões**, que estão começando agora, hoje o Laboratório já é acreditado do hospital com selo de qualidade (Entrevistado P7).

A Figura 31 apresenta uma síntese dos relatos referente ao mecanismo de interface entre funções/tarefas presentes nos hospitais analisados.

Figura 31 – ACAP assimilação – mecanismo de interface entre funções/tarefas



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Nesse sentido, pode-se concluir que ambos os hospitais apresentam um forte mecanismo de interface entre funções, por meio das várias comissões e núcleos internos, formados por profissionais de diferentes áreas. Essa constatação está em linha com os estudos de Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005) e Camargo (2012).

4.3.3.3 Dimensão Transformação

Nesta seção apresentam-se as evidências referentes aos mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento identificados nos hospitais estudados que facilitam a transferência e a combinação do conhecimento anterior com o conhecimento recém-adquirido e assimilado (ZAHRA; GEORGE, 2002).

A análise das evidências baseou-se nos conceitos de Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005), Tu *et al.* (2006), Murovec e Prodan (2009), Camisón e Forés (2010), Cepeda – Carrion et al. (2012) e Camargo (2012). Os mecanismos caracterizados nessa dimensão foram: interface entre função⁹; utilização de tecnologia da informação; táticas de socialização; rotação de funções/tarefas¹⁰; treinamentos e endomarketing.

⁹ Esse mecanismo já foi apresentado na dimensão de assimilação, visto que foi validado por Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005) para as duas dimensões – assimilação e transformação.

¹⁰ Esse mecanismo já foi apresentado na dimensão de assimilação, visto que foi validado por Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005) para as duas dimensões – assimilação e transformação.

a) Utilização da Tecnologia da informação

Camisón e Forés (2010) validaram em sua pesquisa a transmissão de conhecimento por meio da tecnologia da informação como uma variável que impacta na dimensão transformação da capacidade absorptiva das organizações.

Para Cepeda – Carrion *et al.* (2012), a habilidade da tecnologia da informação é classificada como um antecedente da assimilação, que serve para evitar contradições, aprimorar a qualidade da informações percebidas, desenvolvendo uma interpretação compartilhada. Neste estudo a utilização de tecnologia da informação é considerada um mecanismo que facilita a disseminação da informação dentro e fora da organização, seguindo o constructo de Camisón e Forés (2010).

O Hospital Beta utiliza vários mecanismos para facilitar o processo de comunicação dentro e fora da organização: TASY (sistema interno utilizado pela Enfermagem, no qual são cadastrados todos os pacientes); grupos de WhatsApp, e-mail, página na internet. Isso foi relatado pelos gestores entrevistados:

Nós estamos implantando agora a **intranet**, já tem algumas, mas o que funciona bastante é através da associação que tem mas é muito **nos murais** que a gente passa, mas é forte, agora nós queremos a intranet, que já tá aí, já esta sendo testada (Entrevistado P1)

Sempre que nós precisamos passar alguma coisa ou pensar que todos devem ficar sabendo, nós usamos o sistema ali no **TASY que é o nosso sistema de informação**, tem um local onde a gente pode mandar mensagem, daí você pode escolher se é para todos os enfermeiros, se é para a enfermagem, quando eu falo enfermagem é para enfermeiros e técnicos, então diz ali, para médico, para enfermeiro, para enfermagem, para técnico, hospital, aí tu clica para quais profissionais que tu quer que aquela mensagem chegue e nós mandamos pelo sistema informatizado. Nós temos também, os grupos de **whats app, temos e-mail**, mas só e-mail é uma coisa que muitos podem não olhar, e no programa TASY, que é onde são prescrito os pacientes, obrigatoriamente a enfermeira abre e já aparece, e isso ela tem que fazer todos os dias [...] (Entrevistada P2).

Além desses mecanismos de tecnologia da informação, o hospital também utiliza outros meios para transmitir as informações, como *display*, mural, pois somente com meios de informações informatizados não consegue atingir todos os colaboradores. A gestora entrevistada P3 confirma este fato através de seu relato:

[...] O que é possível a gente faz, **através dos displays, dos pontos para bater o ponto, no dedinho**, a gente tem são avisos geral, porque são muitas pessoas, e são turnos, manhã, tarde, noite e madrugada, então não é possível ir em todos no mesmo espaço e nem o mesmo momento, então a gente dá a todos avisos geral dessa maneira, né, mas assim, o RH faz reuniões com os gestores, seguidamente com os seus públicos [...] (Entrevistada P3).

Os mecanismos de comunicação utilizados pelo Hospital Gama, com base nos relatos dos entrevistados, são whatsapp, e-mail, página do hospital na internet, Facebook, site e veículos de comunicação. Além disso, da mesma forma que o Hospital Beta, existem outros mecanismos de comunicação que não utilizam a tecnologia de informação, pois nem todos tem acesso a ela. Isso ocorre através dos murais, da comunicação direta do gestor imediato com seus colaboradores. Seguem relatos demonstrando essas evidências:

Temos **e-mail** que nós trabalhamos muito, que é uma ferramenta bem forte dentro da instituição, **whatsApp**, é claro tu acaba criando grupos de trabalho e a **comunicação direta**, eu sou uma que passo diariamente nas unidades, então muitas informações já são disseminadas ali (Entrevistada P5).

Tem os **murais**, tem as reuniões que são feitas **reuniões setoriais**, é uma maneira de tu expor, externamente a gente tem o **facebook**, a gente tem a **pagina do hospital na internet**, que são expostas as novidades que acontecem dentro da organização para que o público externo também observe isso (Entrevistada P6).

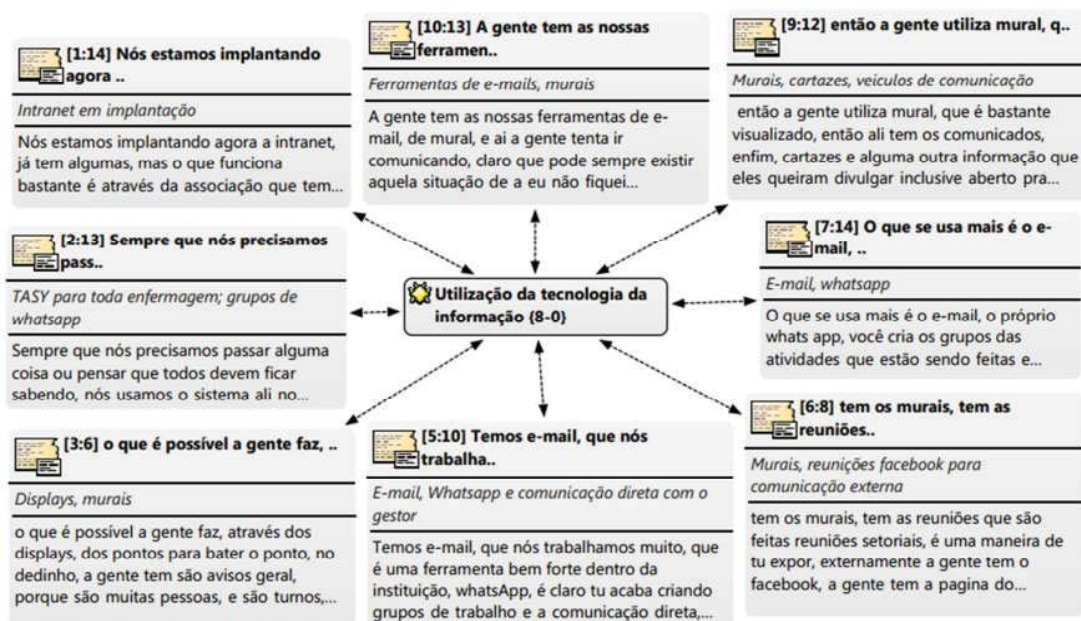
O que se usa mais é o **e-mail**, o próprio **whatsapp**, você cria os grupos das atividades que estão sendo feitas e distribui as informações (Entrevistado P7).

Então a gente utiliza **mural**, que é bastante visualizado, então ali tem os comunicados, enfim, **cartazes** e alguma outra informação que eles queiram divulgar inclusive aberto pra quem é de fora, se tiver alguma atividade, uma palestra que seja destinada ao público interno, pode também divulgar. A gente trabalha com **e-mail**, bastante, **site**, **os próprios veículos de comunicação** também que serve como um meio para aqueles saber muitas vezes de algo, a nossa **página no Facebook** também, passa por tudo isso (Entrevistada P9).

A gente tem as nossas ferramentas de **e-mail**, de **mural**, e ai a gente tenta ir comunicando, claro que pode sempre existir aquela situação de a eu não fiquei sabendo, mas ai a gente também tem que entender, a mas você procurou, você ouviu, você leu o mural, você parou pra escutar o que estava sendo dito, mas os mecanismos eles acontecem (Entrevistada P10).

A Figura 32 apresenta uma síntese dos relatos utilizados para análise referente ao mecanismo de utilização de tecnologia de informação presentes nos hospitais analisados.

Figura 32 – ACAP transformação – mecanismo utilização de tecnologia da informação



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Com base nos depoimentos obtidos nas entrevistas, nota-se que ambos os hospitais transmitem as informações por meio da tecnologia de informação, utilizando vários sistemas informatizados em consonância com os conceitos validados por Camisón e Forés (2010) e Cepeda – Carrion *et al.* (2012). Entretanto, existem colaboradores que não têm acesso ao computador, sendo necessária ainda utilização de mecanismos que não utilizam tecnologia da informação.

b) Táticas de socialização

As táticas de socialização são utilizadas para combinar o conhecimento recém-adquirido com o conhecimento existente, facilitando a associação entre os colaboradores (ZAHRA; GEORGE, 2002), ou seja, refere-se a táticas de compartilhamento de experiências entre os membros da organização. Para Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005), as táticas de socialização ensinam, principalmente aos recém-admitidos na empresa uma linguagem específica da organização, facilitando a compreensão dos conhecimentos, normas e cultura entre os indivíduos.

O compartilhamento de informações e de experiências nas organizações estudadas ocorre por mecanismos formais e informais. Os mecanismos formais ocorrem através de reuniões, comitês, núcleos e comissões. Os mecanismos informais ocorrem por meio de

encontros entre os setores e integrações. Os relatos foram apresentados no mecanismo de integração social¹¹, na dimensão de assimilação, e, portanto, não serão apresentadas novamente. São apresentados apenas alguns relatos de conversas informais como exemplo:

Eu tenho (compartilhamento de experiências) porque eu vou em busca, por exemplo, a funcionária do CD é uma que eu falo bastante, porque ela é o nosso apoio, ela é uma das portas de entrada comercial, para venda, que é o meu objetivo é fazer, trazer dinheiro para o hospital, então eu tenho, lá é muito grande, meu contato muito grande. Tem também com as demais, o serviço de hemoterapia, alguns não tanto, mas tem no geral (Entrevistada P3).

Além disso, quando são contratados novos funcionários ocorrem as integrações, conforme relatado pelo gestores:

Tem uma programação, você tem um encontro quando você começa a trabalhar no hospital, a integração, depois você tem as **reuniões de educação continuada**, ou seja, as reuniões mensais dos setores, e no final do ano sempre tem uma atividade de encerramento e preparação para o próximo ano, o ano passado a gente fez, agora hoje as 16:30 é a reunião sobre isso, então sempre está se tentando manter isso (Entrevistado P7)

Nós temos nosso processo de **integração** quando entram os colaboradores novos, a todo mês a gente faz a integração, as atividades do próprio treinamento e desenvolvimento, a gente tem, digamos assim, um planejamento, uma organização, uma análise, de acordo com as nossas prioridades para aquele momento, a gente organiza e vai estar atendendo alguns grupos em específicos e vai estar organizando isso, a gente trabalha sempre tentando encontrar os gestores, por exemplo, sempre relacionar alguns temas com eles no mínimo no final do ano e ali no início do ano, ali no mês de março, por ali a gente organiza pra dar uma retomada nas atividades, assim, uma ideia geral do ano, **mas a gente sempre tenta trazer sugestões, e com os grupos específicos**, de acordo com o planejamento que a gente organiza (Entrevistada P10).

Diante disso, fica evidente que os hospitais realizam boas táticas de socialização, inclusive para colaboradores recém-admitidos, com as quais são realizadas integrações corroborando o exposto por Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005).

c) Treinamentos

O mecanismo de treinamento refere-se à participação dos empregados em treinamentos internos ou externos, com foco em desenvolvimento e introdução de inovações (MUROVEC; PRODAN, 2009), constituindo-se em mecanismos de aprendizagem utilizados pela organização (CAMARGO, 2012). Ambos os hospitais realizam treinamentos tanto

¹¹ Os relatos foram apresentados na categoria de “mecanismos de integração social”, item “b”, da seção 4.3.3.2 – Dimensão assimilação.

internos quanto externos, conforme já apresentado na rotina de qualificação de pessoal¹² nos processos e nas rotinas capacidade absorptiva, dimensão de transformação.

d) Endomarketing

O Endomarketing é um mecanismo que permite a divulgação das informações para o público interno, buscando mantê-los alinhados a estratégias e objetivos da empresa (CAMARGO, 2012). Tu *et al.* (2006) classificam esse mecanismo como redes de comunicação, o qual se relaciona à qualidade do fluxo interno de informações entre diferentes departamentos e níveis hierárquicos, ou seja, permite que as informações transitem livremente. Os gestores explicam como funcionam as técnicas de endomarketing no Hospital Beta e no Hospital Gama:

Nós estamos implantando agora a intranet [...] o que funciona bastante é **através da associação, muito nos murais** que a gente passa, mas é forte. Agora **nós queremos a intranet**, que já está aí, já está sendo testada, então o funcionário quando ele acessar de manhã, abrir o computador já vai ter a mensagem que nós queremos transmitir pra ele e todos os funcionários terão esse acesso. Então nós queremos comunicar, por exemplo, [...]hoje nós estamos recebendo a visita da vigilância sanitária, que vai passar nos setores; hoje nós precisamos de apoio de vocês porque é dia de fechamento de contas; atenção olha a nossa média de permanência está muito alta, então nós queremos trabalhar na internet informações que sejam de interesse da comunidade (Entrevistado P1)).

O **e-mail** é uma forma, porque ele é público né, todo mundo tem, e as reuniões que são feitas com todos os grupos em tempos diferentes (Entrevistado P7).

[...] no **programa TASY**, que é onde é prescrito os pacientes, obrigatoriamente a enfermeira abre e já aparece, e isso ela tem que fazer todos os dias, é impossível não enxergar a informação (Entrevistada P2).

[...] vai ter o portal RH que vai ser concebido em breve, que vai conseguir ter um sistema interno pra quem usa computador, isso é importante dizer, porque por exemplo, copa não usa, **100% não consegue cobrir né, sempre vai ter que ter mural, uma folhinha** (Entrevistada P3).

[...] A gente está estabelecendo o **jornal**, parece uma coisa que vai na contramão ao que todo mundo diz, mas dentro da nossa realidade local, a gente viu que isso era uma necessidade, porque nem todo mundo tem acesso pleno a internet, ou não tem um computador, um celular que possa olhar toda hora, ou não sabe manusear aquilo, aqui dentro a gente tem vários públicos, e a gente procura trabalhar com todos eles as informações específicas pra cada um [...]. **Todo mundo acaba tendo acesso, seja ao e-mail, ao mural, ao jornal**, enfim, acaba de alguma maneira tendo e até eles, entre os funcionários, acaba repassando a informação (Entrevistada P9).

Sim, são adotadas diferentes estratégias dependendo do momento e da informação que precisa ser disseminada, geralmente, o que acontece, a administração passa as informações para o grupo de gestores, então nós fizemos uma **reunião num grupo** de gestores de aproximadamente cento e algumas pessoas, e **esse grupo recebe a**

¹² Os relatos foram apresentados na categoria “rotinas de qualificação de pessoal”, item “a”, da seção 4.3.2.3 – Dimensão transformação.

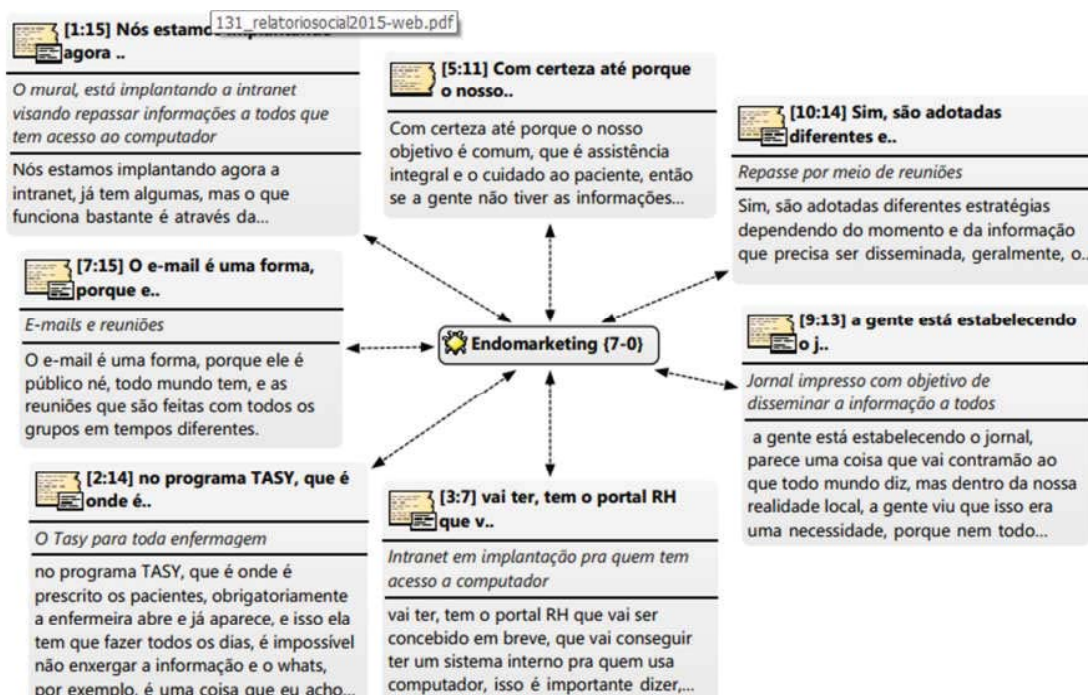
informação e tem a responsabilidade de disseminar ela para seus grupos, quando acontece algo que é mais delicado, que exige, uma comunicação muito mais próxima, esse ano, por exemplo, a gente está tendo um ano bem complicado, em que começamos com várias dificuldades econômicas, o Estado dificultando nosso caminho, e aí o que aconteceu, a administração fez uma reunião com todos os gestores e fez uma reunião para tentar atingir todo o grupo de colaboradores, então foi uma semana onde a administração teve reuniões 4 horários no dia, quase todos os dias da semana, todos os horários, em função dos nossos espaços, nós tínhamos uma sala com 30 cadeiras então a gente tinha que ir dividindo os grupos, para fazer com que todo mundo tivesse a possibilidade de receber essa informação (Entrevistada P10).

A gestora entrevistada P5 comenta sobre a importância da disseminação da informação, visto que todo hospital trabalha em função de um objetivo único:

Com certeza até porque o nosso objetivo é comum, que é assistência integral e o cuidado ao paciente, então se a gente não tiver as informações disseminadas alguma área vai ficar desfavorecida e pode estar eminente ao erro ou uma falha na assistência (Entrevistada P5).

A Figura 33 apresenta uma síntese dos relatos referente ao mecanismo de endomarketing utilizado nos hospitais analisados para disseminação das informações.

Figura 33 – ACAP transformação – mecanismo de endomarketing



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Com base nos relatos dos entrevistados, percebe-se que os hospitais estudados têm a preocupação em atingir todos os seus colaboradores na questão das informações que devem ser comunicadas, por meio do mecanismo de tecnologia de informação ou formas manuais, como mural ou comunicações escritas. Além disso, os gestores têm uma preocupação em repassar a informação as suas equipes, que ocorre em forma de reuniões ou informalmente conforme relatado pelos entrevistados.

4.3.3.4 Dimensão Aplicação

As evidências desta dimensão da capacidade absorptiva referem-se, como já mencionado anteriormente, aos mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento, os quais permitem às organizações estudadas incorporar o conhecimento adquirido, assimilado e transformado em suas operações e rotinas. O que objetiva aperfeiçoar, refinar, expandir e alavancar rotinas, processos, competências e conhecimentos existentes. Além disso, criar novas operações, competências, rotinas, serviços e formas de organização (COHEN; LEVINTHAL, 1990; LANE; LUBATKIN 1998; ZAHRA; GEORGE, 2002; LANE; KOKA; PATHAK, 2006; TODOROVA; DURISIN 2007).

Nesse sentido, os mecanismos caracterizados nessa dimensão foram padrões, normas e procedimentos (JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005; VEGA-JURADO; GUTIÉRREZ-GRACIA; FERNÁNDEZ-DE-LUCIO, 2008; CAMARGO, 2012) e táticas de socialização (compartilhamento de experiências) (JANSEN; VAN DEN BOSCH; VOLBERDA, 2005; SANTOS, 2015) já apresentados nas dimensões aquisição e assimilação respectivamente, visto que esses constructos foram validados por Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005) para tais dimensões.

4.3.3.5 Sistematização dos resultados de mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento da capacidade absorptiva

A partir da análise das categorias, com base nos dados empíricos coletados nas entrevistas e na pesquisa em documentos realizada nas organizações estudadas, foram identificados mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento que dão sustentação à capacidade absorptiva dessas organizações.

O quadro 23 apresenta uma sistematização desses mecanismos que sustentam cada uma das dimensões da capacidade absorptiva identificados em cada hospital.

Quadro 23 – Sistematização dos resultados dos mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento da capacidade absorptiva

MECANISMOS DE APRENDIZAGEM E GOVERNANÇA DO CONHECIMENTO DAS DIMENSÕES DA ACAP			
Dimensões	Categorias	Hospital Beta	Hospital Gama
Aquisição	Mecanismos de busca (pesquisas, aquisições, contratações, interações com clientes)	- Pesquisas de satisfação de clientes e pesquisas com relação a epidemiologia; - Aquisição recente de outro hospital (única aquisição). Oportunidade de captar profissionais qualificados por meio das residências e estágios.	- Pesquisas de satisfação de clientes. Aquisição de um hospital psiquiátrico em 1993 (única aquisição); - Aprendizagem através da contratação recente de gerente administrativo.
	Mecanismo de <i>feedback</i>	- Mecanismos de <i>feedbacks</i> de clientes, por meio da pesquisa de satisfação.	- Mecanismos de <i>feedbacks</i> de clientes, por meio da pesquisa de satisfação, Ouvidoria e página na internet; - <i>Feedbacks</i> de funcionários e de fornecedores de determinados equipamentos.
	Padrões, normas e procedimentos (Formalização)	- Forte mecanismo de formalização com padronização de rotinas de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), manuais e normas hospitalares.	- Forte mecanismo de formalização com padronização de rotinas de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), manuais e normas hospitalares; - Documentação de processo para controle de calibrações de equipamentos.
	Interação informal com outras organizações	- Participação em feiras, congressos, cursos e busca em outras organizações; - Os médicos buscam no exterior, participando de jornadas, congressos, fazem cursos; - A área de marketing não é muito envolvida nas interações.	- Participação em feiras, congressos, cursos e busca em outras organizações.
Assimilação	Rotação de funções/tarefas	- Rotação de função dentro da mesma área, nas férias de outros colaboradores, porém não ocorre entre áreas. Esse mecanismo ocorre mais na área assistencial.	- Rotação de função dentro da mesma área, nas férias de outros colaboradores, porém não ocorre entre áreas. Esse mecanismo ocorre mais na área assistencial.
	Mecanismos de integração social	- Realização de reuniões mensais entre gestores, denominadas Avaliações Gerais Mensais (AGMs) e reuniões dos próprios departamentos; comitês de qualidade 5S; comissões e núcleos; - As pessoas estão envolvidas através de encontros informais, encontros em datas comemorativas.	- Realização de reuniões mensais entre gestores e reuniões do próprios departamentos; comitês de qualidade 5S; comissões e núcleos formados no hospital; - Encontros informais em datas comemorativas e discussões informais.
	<i>Benchmarking</i> industrial	- Realização de benchmarking com outros hospitais, e até vistas mais longas, como treinamentos, na implantação de um novo serviço; - Benchmarking com outros hospitais por meio da Fehosul para análise e comparação de indicadores.	- O hospital vem recebendo mais vistas do que fazendo vistas de benchmarking, considerando-se referência.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2017).

(Continua)

MECANISMOS DE APRENDIZAGEM E GOVERNANÇA DO CONHECIMENTO DAS DIMENSÕES DA ACAP			
Dimensões	Categorias	Hospital Beta	Hospital Gama
	Interface entre função (time, força, tarefa)	Formação de comissões por profissionais de diferentes áreas para avaliar determinados assuntos e projetos.	- Formação de comissões e núcleos por profissionais de diferentes áreas, buscando resolver problemas diversos, avaliar projetos, entre outros.
Transformação	Utilização de tecnologia da informação	-A organização utiliza como tecnologia da informação o sistema Tasy, grupos de whatsapp, e-mail, página da internet, display, local de bater o ponto digital; -São utilizadas também formas manuais e mural.	-A organização utiliza como tecnologia da informação whatsapp, e-mail, página do hospital na internet, facebook e site; -São utilizadas também formas manuais como veículos de comunicação, murais e comunicação direta do gestor imediato com seus colaboradores.
	Táticas de socialização (compartilhamento de experiências)	-Compartilhamento de experiências através de reuniões, comitês, núcleos e comissões e mecanismos informais que ocorrem por meio de encontros entre os setores, e integrações; -Integração dos funcionários recém-admitidos.	-Compartilhamento de experiências através de reuniões, comitês, núcleos e comissões e mecanismos informais que ocorrem por meio de encontros entre os setores, e integrações; -Integração dos funcionários recém-admitidos.
	Treinamentos	- Treinamentos internos, com foco na área assistencial; Realização de treinamentos e qualificações externas para gestores.	-Treinamentos internos, com foco na área assistencial; -Treinamentos continuados para utilização de novas tecnologias que são implantadas, tanto internos, quanto externos; -Realização de treinamentos e qualificações externas para gestores;
	Endomarketing	-Mecanismos de endomarketing funcionam através de murais, associação dos funcionários, o Tasy (somente área de enfermagem), e-mail; - A intranet está em implantação.	-Mecanismos de endomarketing através de reuniões de gestores com suas equipes, e-mail; mural e jornal impresso.
Aplicação	Táticas de Socialização (Compartilhamento de experiências)	-Compartilhamento de experiências através de reuniões, comitês, núcleos e comissões. E mecanismos informais que ocorrem por meio de encontros entre os setores, e integrações. Integração dos funcionários recém-admitidos.	-Compartilhamento de experiências através de reuniões, comitês, núcleos e comissões. E mecanismos informais que ocorrem por meio de encontros entre os setores, e integrações; -Integração dos funcionários recém admitidos.
	Padrões, normas e procedimentos; documentação de processos	-Fortes mecanismos de formalização com padronização de rotinas de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), manuais e normas hospitalares.	-Forte mecanismo de formalização com padronização de rotinas de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), manuais e normas hospitalares; -Documentação de processo para controle de calibrações de equipamentos.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2017).

Analisando o Quadro 23, percebe-se bastante semelhança nos mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento nos hospitais pesquisados. Com relação aos mecanismos de busca de informações externas, ambos os hospitais realizam pesquisas de satisfação de clientes utilizando formulário padrão e fizeram aquisição de uma organização. O Hospital Gama adquiriu, em 1993, o único hospital psiquiátrico da região; o Hospital Beta adquiriu recentemente outro hospital, com objetivo de ampliar suas instalações. As duas aquisições ocorreram por decisões estratégicas, que certamente demonstram a capacidade absorptiva dos hospitais estudados.

As organizações estudadas apresentam um forte mecanismo de formalização com padronização de rotinas e procedimentos, por meio dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), manuais e normas. Quanto ao mecanismo de interação informal com outras organizações, os hospitais participam de feiras, congressos, cursos e busca em outras organizações por meio do *benchmarking*, em consonância com os conceitos de Tu *et al.* (2006).

A rotação de funções, em ambas as organizações, ocorre somente em período de férias ou algum caso específico, dentro da mesma área de especialidade e ocorre mais nos setores assistenciais. Com relação à integração social, ela ocorre por mecanismos formais (reuniões mensais, comitês de qualidade, comissões e núcleos) e informais (festas em datas comemorativas), tanto no Hospital Beta como no Hospital Gama. As organizações também se assemelham com relação à formação de comissões e núcleos de profissionais de diferentes áreas para resolução de assuntos específicos e para compartilhamento de experiências.

Os mecanismos de endomarketing são realizados através de mecanismos da tecnologia da informação, tais como e-mail, whatsapp, página na internet, displays em ambos os hospitais. Além desses mecanismos, são necessários meios não informatizados de comunicação para atingir todos os setores. Dessa forma, o Hospital Beta utiliza bastante a associação dos funcionários e os murais, e o Hospital Gama também utiliza os murais e introduziu recentemente o jornal impresso do hospital com conteúdo que deve ser comunicado a todos os colaboradores, além dos veículos de comunicação.

Quanto ao mecanismo de *benchmarking* industrial, fica claro, por meio dos exemplos fornecidos pelos entrevistados, que o Hospital Beta realiza mais visitas e *benchmarking* com outras organizações e até treinamentos mais longos na introdução de novos serviços. Por sua vez, o Hospital Gama recebe mais visitas de outros hospitais, considerando-se referência para os demais.

Com base nos dados analisados, entende-se que ambos os hospitais apresentam práticas de mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento que sustentam o desenvolvimento de cada uma das dimensões da ACAP.

Dessa forma, pode-se concluir que os hospitais estudados desenvolvem capacidade absorptiva, por meio dos elementos componentes e mecanismo de aprendizagem e governança do conhecimento analisados.

4.4 CAPACIDADE DE INOVAÇÃO

A partir dos fundamentos teóricos abordados neste estudo foram identificados: comportamentos e habilidades presentes nas organizações estudadas, que conduzem ao desenvolvimento da capacidade de inovação; processo e rotinas que suportam essa capacidade; e mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento que sustentam a existência capacidade de inovação.

A análise dos elementos componentes e mecanismos da capacidade de inovação segue o constructo de pesquisa abordado na Figura 4 (p. 63).

4.4.1 Comportamentos e habilidades da capacidade de inovação

Para análise desses elementos componentes da capacidade de inovação, buscou-se identificar os comportamentos e as habilidades presentes em cada dimensão da capacidade de inovação organizacional propostos por Wang e Ahmed (2004), em resposta ao dinamismo do ambiente. Essa identificação e análise foram realizadas com base nas categorias que emergiram do referencial teórico, definidas no Quadro15 (p. 75) – Categorias para comportamentos e habilidades das dimensões da capacidade de inovação. (WANG; AHMED, 2004; LIAO; FEI; CHEN, 2007; CAMARGO, 2012).

4.4.1.1 Inovação em serviços

Nesta seção serão descritas as evidências de comportamentos e habilidades identificados nos hospitais que conduzem à inovação em serviços. Wang e Ahmed (2004) tratam de inovação em produto e, neste estudo, entende-se que a inovação em serviço possa ter o mesmo tratamento. Dessa forma, refere-se aos novos serviços introduzidos no mercado, os quais geram a oportunidade de crescimento e expansão, levando a um negócio sustentável.

As evidências foram analisadas a partir dos conceitos de Wang e Ahmed (2004) e Camargo (2012). Os comportamentos e as habilidades caracterizados nessa componente foram habilidade criativa e agilidade em inovar.

a) Habilidade criativa

Habilidade criativa é a capacidade de a organização criar novos serviços e de seus colaboradores serem criativos (CAMARGO, 2012). Para Wang e Ahmed (2004), trata-se da percepção que os clientes têm com relação aos novos serviços ofertados ou modificações em serviços existentes. Este estudo segue a perspectiva de Wang e Ahmed com relação a essa habilidade.

O Hospital Beta tem essa percepção por uma pesquisa realizada anualmente pela Qualidata em relação a todas as marcas, não somente de hospitais. Em 2015 o hospital ficou em quinto lugar das marcas mais lembradas e preferenciais. Para o gestor Entrevistado P1, essa pesquisa é muito importante para o hospital, conforme relata:

[...] nós ficamos em quinto lugar, essa pesquisa é feita todo ano, o ano retrasado nós ficamos em **quinto lugar no mais lembrado**, nós não ficamos no de preferencia, e essa última agora **nós ficamos no preferido e no lembrado**, então isso é uma importância pra nós, a Revista é Marcas de quem Decide, realizada pela Qualidata. Então nós ficamos nessa preferencia [...]. Guerdau, RBS, então isso aqui eles fazem de todas as marcas, então isso aqui é importante, nós damos valor, é um indicador (Entrevistado P1).

Além disso, a pesquisa de satisfação, na visão da gestora entrevistada P2, também é uma ferramenta para saber a percepção dos clientes com relação aos seus serviços, e o nível de satisfação, segundo ela, está em torno de 90% entre muito bom e ótimo:

Tudo isso é dado aqui na avaliação, claro que verbalmente lá no setor as profissionais devem ouvir muito mais do que eu. Eu só leio isso aqui, tem situações em que as pessoas, por um motivo ou outro, acham que não está bem e vem aqui também, então eu faço gestão de pessoas, e ao mesmo tempo soluciono esses problemas que lá na ponta não é conseguido resolver pelo profissional, mas a grande maioria é muito satisfeito, **praticamente 98% dos pacientes está entre o muito bom e o ótimo** (Entrevistada P2).

Por outro lado, a gestora entrevistada P3 comenta que é muito difícil surpreender os clientes, porque eles estão muito exigentes e entendem que pagam pelo serviço recebido, mas mesmo assim elogiam muito o serviço prestado.

Os clientes estão muito exigentes, nada mais surpreende muito, a não ser que seja em relação a custo, que seja muito barato, mas isso não, porque a medicina é cara, a tecnologia é caríssima, então os clientes gostam de coisas boas, obviamente, mas quando se trata do pagar, eles recebem como, a o valor então é isso, corresponde a isso, então eu estou pagando pelo serviços, não me surpreende muito, a não ser que

a gente nota que as pessoas adoram o modo que são cuidados aqui dentro , sabe, casos inúmeros existem que elogiam, elogiam a enfermagem, elogiam a alimentação do quartos, elogiam a presteza das pessoas da assistência, isso é sempre surpreendente porque é sempre muito bom [...] (Entrevistada P3)

No Hospital Gama, o gestor entrevistado P7 acredita que essa percepção do serviço prestado é notada pelos médicos, que são o primeiro cliente e, posteriormente, acaba atraindo o paciente para o hospital.

Na verdade o hospital tem dois clientes, tem o médico, cliente 1, e o paciente, cliente 2. O cliente 1, que é **o médico, tem percepção imediata**, ou seja, a partir do momento que tem novas tecnologias ou equipamentos novos ou nova forma de atender, ele tem de pronto esse conhecimento. **O paciente vem referenciado por esse cliente 1**, então acho que é o cliente 1 que tem essa percepção (Entrevistado P7).

Os demais entrevistados também afirmam que existe a percepção do cliente nas mudanças e nos novos serviços prestados, inclusive é notado na pesquisa de satisfação e na página do Facebook. Além disso, a questão da procura dos clientes pelo hospital também é uma indicação dessa habilidade. Os relatos que seguem demonstram tal constatação:

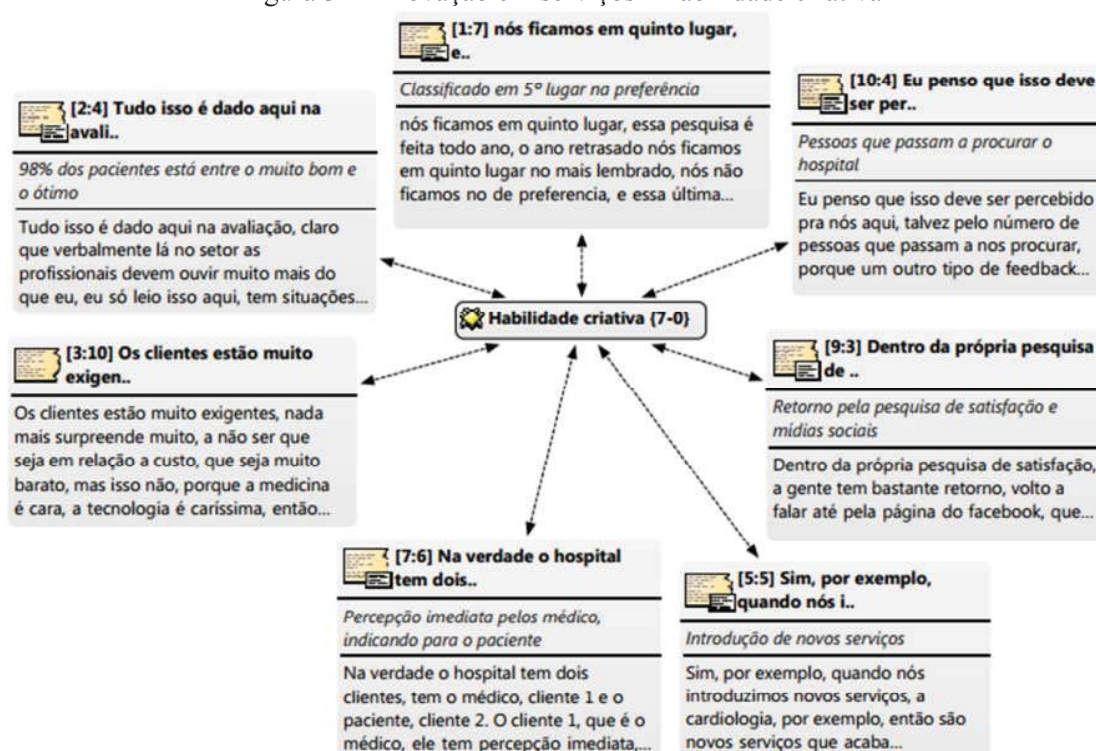
Sim, por exemplo, quando nós **introduzimos novos serviços**, a cardiologia, por exemplo, então são novos serviços que acaba impactando com certeza na sociedade e é visível (Entrevistada P5).

Dentro da própria pesquisa de satisfação, a gente tem bastante retorno, volto a falar até pela página do Facebook, que é algo que tem bastante, que é o local onde as pessoas se sentem ouvidas. Então lá tem um espaço para fazer avaliação, então quando a pessoa é bem atendida ou quando eu faço um post específico sobre aquele serviço e a pessoa se sente identificada. Ou porque foi lá ou porque foi lá e lembra daquilo, ela geralmente costuma relatar a experiência para nós, ou até em ligações. Geralmente os clientes percebem essas mudanças de forma positiva porque são geralmente boas para eles (Entrevistada P9).

Eu penso que isso deve ser percebido pra nós aqui, talvez pelo número de pessoas que passam a nos procurar, porque um outro tipo de feedback assim, a pesquisa de satisfação ela está muito aliada aos processos de internação, a qualidade do serviço, o processo digamos assim, qual foi a satisfação no momento de usufruir daquele serviço. Agora nessa questão de como é que eles nos dão retorno eu acho que é **quanto mais as pessoas passam a nos procurar mais positivo foi esse retorno**, caso isso não esteja acontecendo é porque não está tão legal (Entrevistada P10).

A Figura 34 apresenta uma síntese dos relatos utilizados na análise referente a esse comportamento e habilidade que leva os clientes a perceberem positivamente essas mudanças nos hospitais estudados.

Figura 34 – Inovação em serviços – habilidade criativa



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Dessa forma, entende-se que os clientes de ambos os hospitais têm uma percepção positiva com relação às mudanças e aos novos serviços ofertados. Essas evidências estão em conformidade com Wang e Ahmed (2004), uma vez que a percepção leva os clientes a procurarem mais os serviços, tornando a organização mais competitiva.

b) Agilidade em inovar

Essa categoria refere-se à capacidade de a organização estar na frente no mercado na introdução de novos serviços comparado aos seus concorrentes (WANG; AHMED, 2004). Neste estudo entende-se que as organizações apresentam essa habilidade quando estão na frente de seus concorrentes na região.

No Hospital Beta, o comportamento e a habilidade de ter agilidade na inovação mostraram-se muito fortes, como nos exemplos citados em relação às cirurgias inéditas de separação de gêmeas siamesas e da cirurgia de Parkinson, que o Beta foi o primeiro no Sul do país a realizar. O hospital é conhecido na região pelo seu pioneirismo, e essa característica foi confirmada com bastante clareza pelos gestores entrevistados, que, inclusive, forneceram exemplos:

Isso é muito forte e muito claro, na nossa região aqui **no interior do Estado nós somos o pioneiro em muitas coisas, cirurgias inéditas**, sempre começa por aqui, por ser o hospital mais preparado, ser mais equipado, os melhores profissionais, os médicos preferem aqui. Aquelas siamesas que foram separadas, é lá de Marau eu acho, foi aqui, foi uma **cirurgia inédita**, então assim, a primeira cirurgia do interior do estado daqueles pacientes com mal de parkinson, sempre a gente vê que aqui é que acontece. O implante de válvula cardíaca, hoje nós somos também um hospital formador, que treina médicos para esse tipo de procedimento (Entrevistado P1).

Isso aí é uma coisa que a gente está sempre tentando ser aquela empresa na região que inova, sempre é o Hospital Beta que **traz tecnologia nova**. Não existe, assim, um hospital trazer pra depois o Beta trazer. Se for um tomógrafo em Passo Fundo, o primeiro vai ser o Beta, se for uma ressonância, o Beta, depois os outros entram, radioterapia, Beta. Não que vai ficar pra sempre só o Hospital Beta, mas sempre é o Beta que traz [...]. A cirurgia de Parkinson o Hospital Beta é o primeiro o pioneiro no Sul do País (Entrevistada P2).

Já no Hospital Gama os gestores entrevistados não consideram que o hospital seja pioneiro em inovações, visto que geralmente quando ele solicita um novo serviço ou um novo equipamento, já existe ou está ocorrendo em outros hospitais. No entanto, o hospital inova em outras coisas, como no exemplo citado pelo gestor entrevistado P7, a criação de um núcleo de apoio para pacientes oncológicos. Além disso, há a questão do pioneirismo na região na acreditação do Laboratório, conforme relatado pela entrevistada P9.

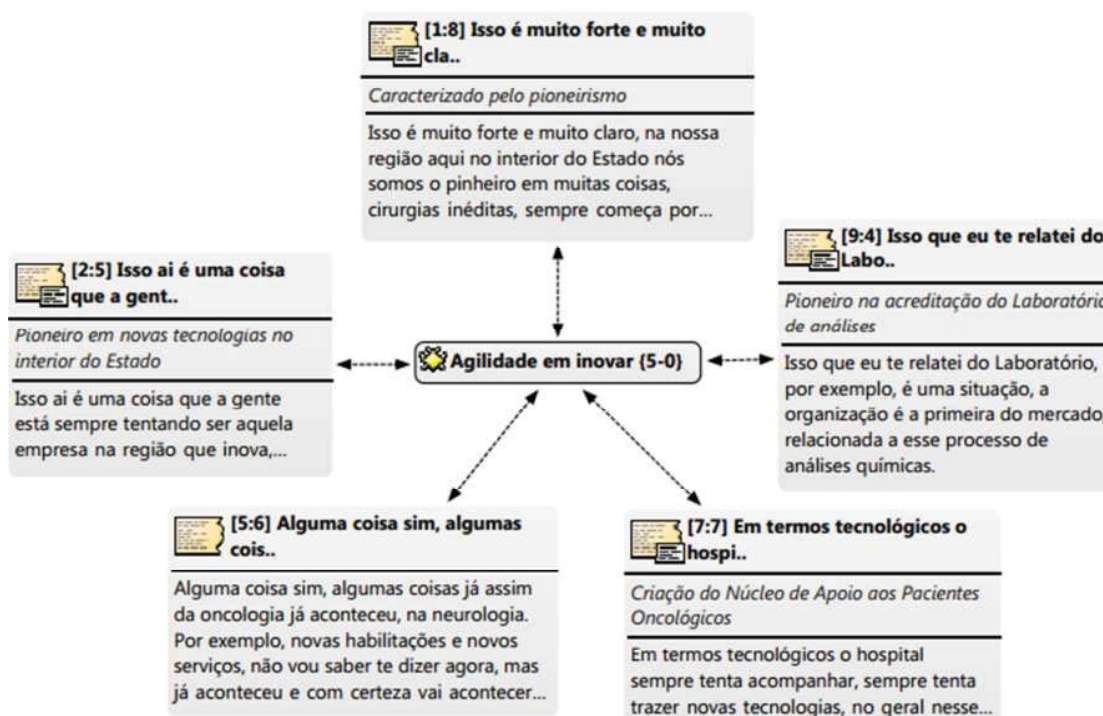
Alguma coisa sim, algumas coisas já assim da oncologia já aconteceu, na neurologia. Por exemplo, **novas habilitações e novos serviços** [...] já aconteceu e com certeza vão acontecer novos porque faz parte [...] (Entrevistada P5)

Em termos tecnológicos o hospital sempre tenta acompanhar, sempre tenta trazer **novas tecnologias**, no geral nesse segmento é uma coisa um pouco complicada de você inovar, porque depende de outros órgãos pra ti poder inovar, mas tenta trazer novidades, digamos assim, não inovação. Um exemplo que nós temos, **nós criamos o NAPON**, que é o **Núcleo de Apoio aos Pacientes Oncológicos**, é uma coisa diferente, é uma inovação que se tem para o tratamento (Entrevistado P7).

Isso que eu te relatei do Laboratório, por exemplo, é uma situação, **a organização é a primeira do mercado**, relacionada a esse processo de análises químicas (Entrevistada P9).

A Figura 35 apresenta uma síntese dos relatos analisados referente a agilidade nas inovações com relação aos seus concorrentes.

Figura 35 – Inovação em serviços – agilidade em inovar



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Diante do exposto, nota-se que o Hospital Beta possui mais características de agilidade em inovar, em novos serviços e novos equipamentos, corroborando a literatura de Wang e Ahmed (2004), referente à organização estar à frente de seus concorrentes. Apesar disso, o Hospital Gama também apresenta outras características, como a acreditação do Laboratório de análises clínicas, que coloca este serviço na frente de seus concorrentes.

4.4.1.2 Inovação de Mercado

Nesta seção serão descritas e analisadas as evidências de comportamentos e habilidades identificados nos hospitais referentes à identificação de novas oportunidades e entrada em novos mercados e tecnologia de ponta, conduzindo à inovação de mercado (WANG; AHMED, 2004).

As evidências foram analisadas a partir dos conceitos de Wang e Ahmed (2004) e Camargo (2012). Os comportamentos e as habilidades caracterizados nesse componente foram educação de mercado e tecnologia de ponta.

a) Educação de mercado

Essa categoria pode ser entendida, na visão de Wang e Ahmed (2004), como a identificação de novas oportunidades de mercado e a entrada de novos produtos e /ou serviço e até identificar novos nichos. Nesse sentido, Camargo (2012) refere-se ao comportamento e à habilidade de educação de mercado como a capacidade de uma organização educar o mercado a respeito de seu portfólio de serviços.

Nesse sentido, entende-se que o comportamento e a habilidade de ser educado para o mercado referem-se a essa identificação de novas oportunidades com relação ao lançamento de novos serviços.

O Hospital Beta lançou recentemente a oncologia pediátrica, visando separá-la da oncologia adulta, o que é considerado pelo hospital um incremento em serviço já existente. Juntamente com essa ampliação, entretanto, ocorreu uma ação inovadora lançada recentemente: a continuação da escola dentro do hospital até os 18 anos. Ou seja, crianças em tratamento até os 18 anos poderão ter aulas dentro do hospital e não perder seu ano letivo. Esses fatos são relatados pela gestora entrevistada P2:

O ultimo serviço que nos lançamos aqui foi a **oncologia pediátrica**, que nos não tínhamos aqui específico pediátrica, nós tínhamos oncologia, então foi um incremento de área física, que nos separamos do adulto, que nos deixamos mais focado em crianças, nos fizemos algumas adaptações pra que a criança conseguisse ter uma estada aqui mais tranquila. Agora por exemplo tem uma coisa inovadora que foi a **continuação da escola** aqui do Hospital Beta, nos temos um convenio com a prefeitura, onde nós temos professores, que crianças até 18 anos, daí lá na pediatria tem professores do município que vem dar aula pra criança não perder o ano escolar, porque tem crianças que ficam meses aqui dentro, daí a escola manda as provas, o professora daqui entra em contato com o professor do município, que a grande maioria nem é de Passo Fundo, o Município vai mandando os conteúdo e as provas e é considerado normal. Aquilo que é dado aqui não é só pra criança não perder o habito de ir para escola, não ele consegue fazer um acompanhamento escolar normal, então isso foi inovador esse ano [...] (Entrevistada P2).

O hospital, em breve, realizará transplante de medula óssea, que também é um serviço novo visualizado pela organização. O local mais próximo é Porto Alegre, então tem espaço na região para esse serviço, evidenciando que o hospital tem educação de mercado. Seguem relatos confirmando tal evidência:

[...] nós temos o **transplante de medula óssea para ser implantado** no hospital [...]. Hoje não tem transplante de medula no hospital. Leucemia, a gente faz o tratamento aqui, mas se a pessoa precisa fazer o transplante, daí tem que ir a Curitiba ou Porto Alegre (Entrevistada P2).

[...] tem a área de transplante, transplante de fígado, de rim, hoje nós já fazemos isso, **estamos nos preparando para o transplante de medula óssea** porque é uma

necessidade, o transplante de medula tem muitas pessoas aguardando fila, então o hospital precisa, na estrutura de ser um hospital de referência de porte, que tem vanguarda, nós temos que também avançar nisso aí [...] (Entrevistado P1).

A identificação de oportunidade de inovação de mercado que o hospital fez foi a instalação de uma funerária incorporada ao Hospital Beta, conforme relatado pelo gestor entrevistado P1:

[...] nós temos que estar atentos no mercado e isso nós sempre procuramos inovar nesse sentido né, nós não ficamos, só para te dar um exemplo, **o hospital criou uma funerária**. Os pacientes vêm pra cá, são tratados, mas tem um índice de óbito, e aí é uma oportunidade também de fazer um sepultamento digno e cobrar. E nós temos, assim com a maior tranquilidade, as pessoas aceitam e procurar nosso serviço, então foi uma oportunidade de negócio e atender também a família né, com humanização, com carinho, com atenção, que é uma das características do hospital (Entrevistado P1).

Além dos serviços citados, destacam-se, também, na inserção de novos serviços, as cirurgias inéditas de separação de gêmeas siamesas e da cirurgia de Parkinson realizadas, que se enquadram na categoria agilidade em inovar.

O Hospital Gama também cita exemplos de novos serviços lançados recentemente, embora o gestor Entrevistado P7 comente que é difícil inovar nesse segmento, por depender muito de outros órgãos para autorizar. São inovações recentes no hospital a cardiologia e a eletrofisiologia, que é um serviço agregado à cardiologia. Tudo isso foi possível devido à abertura e instalação do setor de hemodinâmica, que já evoluiu para a segunda máquina, conforme relatado pelos gestores:

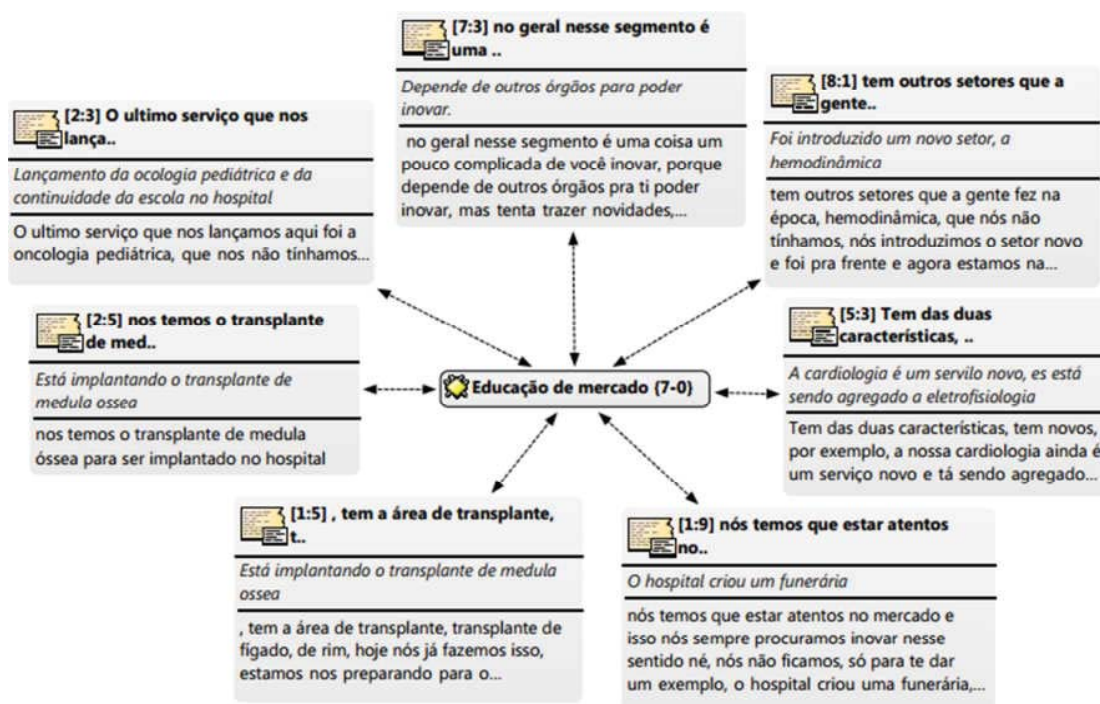
Tem das duas características, tem novos, por exemplo, a nossa **cardiologia ainda é um serviço novo** e tá sendo agregado em cima disso a **eletrofisiologia**, que é uma parte da cardiologia, já é uma inovação dentro de um serviço novo (Entrevistada P5).

[...] tem outros setores que a gente fez na época, hemodinâmica, que nós não tínhamos, **nós introduzimos o setor novo** e foi pra frente e agora estamos na segunda máquina, então existe sim (Entrevistado P8).

[...] no geral nesse segmento é uma coisa um pouco complicada de você inovar, porque depende de outros órgãos pra ti poder inovar, mas tenta trazer novidades, digamos assim, não inovação (Entrevistado P7).

A Figura 36 apresenta uma síntese dos relatos analisados referente ao comportamento e habilidade de educação para o mercado presente nos hospitais estudados que os conduzem a inovação de mercado.

Figura 36 – Inovação de mercado – educação de mercado



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Entende-se, portanto, que ambos os hospitais têm educação de mercado, visualizam novos serviços e equipamentos que seus concorrentes não têm na região, os quais tentam implantar para garantir competitividade.

b) Tecnologia de ponta

Tecnologia de ponta é a capacidade de a organização entender a tecnologia para agregar valor ao seu negócio (CAMARGO, 2012). Essa categoria também foi evidenciada nas organizações pesquisadas no estudo de Cappellari (2017), como um comportamento e uma habilidade de as organizações apresentarem algo novo, antecipando-se aos concorrentes.

Neste estudo, entende-se que essa habilidade refere-se à busca de novas tecnologias que agregam valor aos serviços prestados atualmente.

O Hospital Beta está sempre buscando tecnologia de ponta, um exemplo é que o hospital já está visualizando a questão da cirurgia robótica, que é uma tecnologia de ponta, presente nos melhores hospitais do país, como o Albert Einstein. Outro exemplo é a questão dos simuladores de treinamento que o hospital está visualizando, buscando formar seus

residentes e médicos da região em uma tecnologia tão moderna que, no Brasil, só tem hoje em São Paulo. O gestor entrevistado P1 relata essas ideias:

Agora até ontem nós tivemos aqui **apresentação da cirurgia robótica**, fazer cirurgia com um robô, em tão isso é uma tecnologia moderna que está ai de São Paulo, o Eistein tem o aparelho, nós já estamos começando a estudar isso, não que nós vamos implementar isso agora, é uma coisa muito cara. [...] qual é o custo, se tem retorno, se os convênios vão pagar isso, a segurança do paciente, uma série de coisas né, e realmente tem muita segurança, minimiza o risco para o paciente. [...] **O hospital tem ideia de criar um instituto de ensino e uma possibilidade de fazer isso é que estamos buscando uma parceria com o Laboratório para trazer simuladores para treinamento**, simuladores são equipamentos todos informatizados, onde o médico vai poder operar num boneco, como se estivesse fazendo uma cirurgia de vesícula. É tão perfeito que onde você cortar um lugar que não deveria ter cortado vai sangrar, ou um nervo que você cortou vai causar tal dano, então é uma tecnologia muito avançada, tem um simulador que nós vamos usar também para os residentes que se formam aqui e, da mesma forma, para os médicos da região que querem treinar, fazer cirurgia por vídeo, fazer vários tipos de cirurgias que hoje você faria num paciente e você vai antes treinar numa tecnologia tão avançada que se você erra vai aparecer ali a tua nota [...] Hoje, no Brasil, São Paulo tem isso. Então é outro avanço na tecnologia da pesquisa que nós estamos nos preparando (Entrevistado P1).

A gestora entrevistada P3 também cita exemplos de novas tecnologias adquiridas recentemente pelo hospital, como o equipamento de litotripsia, que permite a realização de cirurgia menos invasiva de pedra nos rins. Da mesma forma, menciona a aquisição do tomógrafo de 128 canais, que também permite exames mais precisos com alta tecnologia.

[...] na área médica é muito inovador, te dar um exemplo, antes as pessoas tinham pedra nos rins, abre tem risco de infecção, e era um tormento, agora de 2 a 3 anos pra cá tem a litotripsia. Só estou dando um exemplo do quanto inova, que daí dependendo do tipo de pedra, se a pessoa está num estado que consiga fazer, tu não fura nada, é por laser, então tu não tem risco de infecção, tu não fica no hospital, no outro dia tu está indo embora para casa, em 2, 3 dias tu já está trabalhando, então é muito inovador. Tudo que tem a ciência unido com tecnologia, dificilmente não é inovador, mas de resto, as vezes é um upgrade só, subiu um nível melhorou um pouco, mas senão depende o serviço (Entrevistada P3).

[...] então na aquisição de máquinas, por exemplo, nós temos o **tomógrafo 128 canais**, somos nós e apenas outra empresa que tem, isso é uma oportunidade, se você for fazer uma tomografia, que faça pelo melhor local (Entrevistada P3).

Além disso, cabe destacar os novos serviços realizados pelos hospitais estudados, que já foram apresentados na categoria de agilidade em inovar.

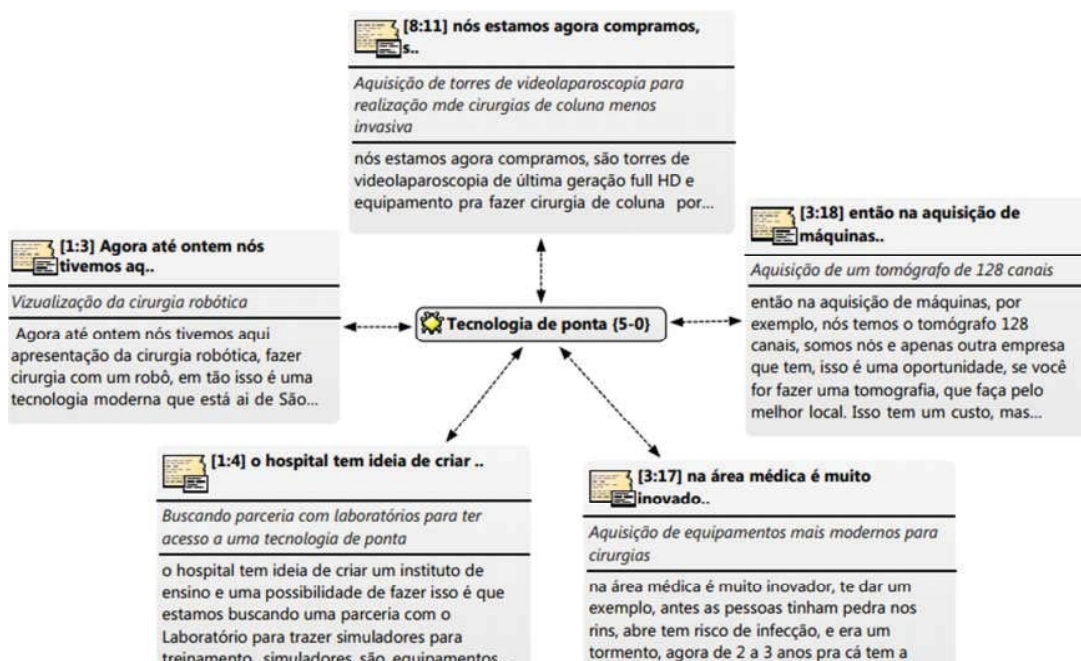
Outra inovação em tecnologia mencionada pelo gestor entrevistado P8 é com relação à aquisição das torres de videolaparoscopia de última geração full HD, um equipamento para fazer cirurgia de coluna com uma técnica menos invasiva e de recuperação rápida.

[...] nós estamos agora compramos, são **torres de videolaparoscopia** de última geração full HD e equipamento pra fazer cirurgia de coluna por videolaparoscopia [...] você é uma imagem e, ao invés de precisar, por exemplo, hoje qual é o convencional de se fazer uma cirurgia de coluna, você vai ter que abrir a coluna da pessoa, abrir ela e você vai lá colocar pinos. E hoje, com essa tecnologia, você só faz alguns furinhos e enfia uma câmera lá dentro, você enxerga o que está fazendo e vai colocando esses pinos [...] (Entrevistado P8).

Destaca-se também que a inovação de produtos/serviços e a inovação de mercado são altamente conectadas (WANG; AHMED, 2004). Dessa forma, se a organização apresenta comportamentos e habilidades de inovação em serviços, também estarão inovando em mercado.

A síntese dos relatos utilizados para análise dessa categoria são apresentadas na Figura 37. Além desses relatos outras falas evidenciaram a existência de tecnologia de ponta, conforme abordado anteriormente.

Figura 37 – Inovação de mercado – educação de mercado



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017)

4.4.1.3 Inovação de Processo

Nesta seção, descrevem-se e analisam-se evidências de comportamentos e habilidades nos hospitais referentes à adoção de novos métodos para realização de processos e serviços,

novas abordagens de gestão e tecnologias que podem ser usadas para melhorar os processos de gestão e serviços, desenvolvendo a inovação de mercado (WANG; AHMED, 2004).

As evidências foram analisadas a partir dos conceitos de Wang e Ahmed (2004) e Liao, Fei e Chen (2007). Os comportamentos e as habilidades caracterizados nesse componente foram capacidade de introduzir novos métodos para realização dos processos e serviços, capacidade de introduzir novos equipamentos para prestação de serviços e novas abordagens de gestão.

a) Capacidade de introduzir novos métodos para realização dos processos e serviços

A capacidade da organização de introduzir e trabalhar com novos métodos para a realização de serviços e processos demonstra que ela está inovando em seus processos. Essa inovação é essencial para a capacidade de inovação global da organização (WANG; AHMED, 2004).

Nos hospitais estudados, Beta e Gama, quando questionados sobre essa habilidade de utilizar novas formas de fazer as coisas, a maioria dos entrevistados respondeu que, quando necessário, utiliza novos métodos. No entanto, eles forneceram poucos exemplos com relação a essa prática:

[...] em qualquer situação no decorrer do dia a dia da gente nós temos que improvisar e a enfermagem sempre diz que tem que ser muito criativa porque tem que ter [...] digamos, eu preciso rápido cortar um micropore, esqueci a tesoura não posso deixar agora isso aqui, eu pego o celular, ou o óculos ou a unha e corto, então essas improvisações que fazem a gente ser criativo tem mesmo (Entrevistada P2).

[...] é tão amplo, que o além que tu faz é constante, tu tá o tempo todo fazendo além, tu não tem muito, pra nós **o além agora é a rede social**, por exemplo, mas de resto, tu vai trocando micro, tu vai trocando layout, tu vai trabalhando um produto diferente, mas o além, tu usa as mesmas ferramentas (Entrevistada P3).

Assim, porque nós temos um bem comum que é a vida das pessoas, e se eu tiver, por exemplo, um equipamento com toda tecnologia, ótimo, agora se eu não tenho disponível aquele naquele momento por algum motivo eu vou tentar viabilizar um outro equipamento que eu consiga atingir aquele objetivo também do paciente [...] (Entrevistada P5).

[...] eu penso que caso não se consiga a solução com aquilo que está determinado de alguma forma vai ter que ter uma outra análise, uma outra alternativa ou não sei uma possibilidade, **uma alternativa de emergência** [...],mas acho que o objetivo é conseguir sanar aquele problema, buscar uma solução não tentar deixar aquilo daquele modo [...] tentando discutir e ver o que que poderia ser uma possibilidade naquele momento (Entrevistada P10).

Nota-se que no Hospital Beta são utilizados novos métodos para realização de seus serviços, desde coisas mais simples, como um curativo, até uma nova estratégia de marketing, como a questão das mídias sociais comentada pela gestora entrevistada P3, que o hospital está buscando introduzir.

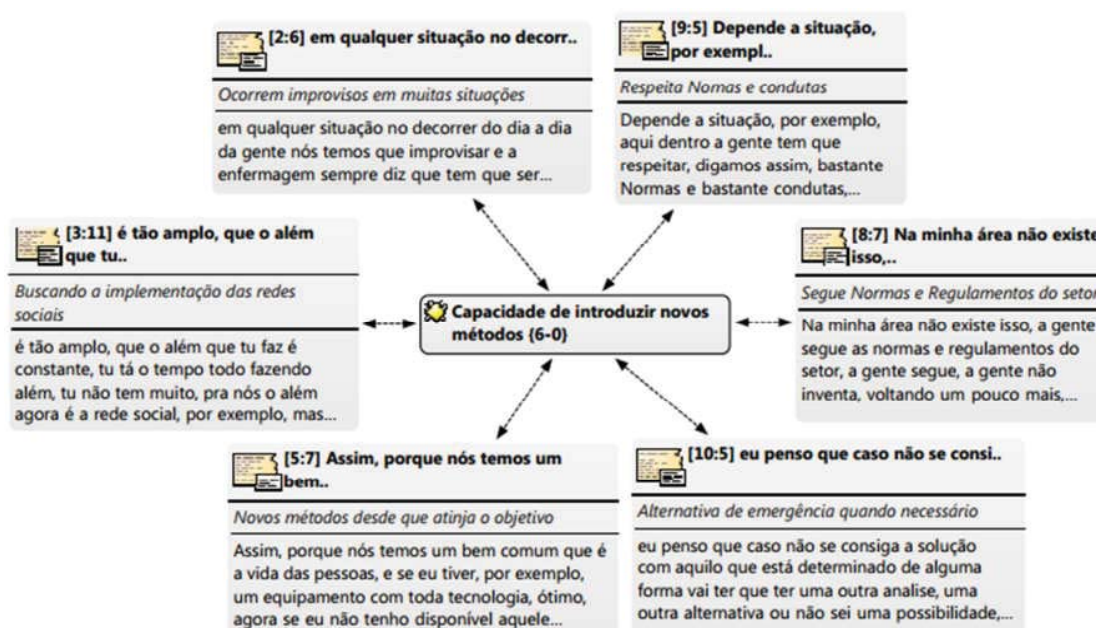
No Hospital Gama os entrevistados também citam que, quando é necessário, para resolver problemas eles utilizam novos métodos, porém os entrevistados P8 e P9 afirmam que não é possível nas suas áreas utilizar outros métodos na realização do serviço ou processo, visto que tudo segue normas e regulamentos.

Na minha área não existe isso, a gente **segue as normas e regulamentos do setor**, a gente segue, a gente não inventa, voltando um pouco mais, equipamento aqui dentro eu só coloco equipamentos, peças e coisas de acordo com o fabricante, eu não invento, por exemplo, botar uma coisa diferente, porque a gente tem muito cuidado com essa questão, porque você está lidando com vidas, então equipamentos a gente tem cuidado, testa muito, faz testes antes de liberar isso, então acredito que na minha área não existe isso (Entrevistado P8).

Depende a situação, por exemplo, aqui dentro a gente tem que respeitar, digamos assim, **bastante Normas e bastante condutas**, todas as condutas que são estabelecidas aqui geralmente elas são aprovadas pelo órgão regulador (Entrevistada P9).

A síntese dos relatos utilizados para análise dessa categoria são apresentados na Figura 38.

Figura 38 – Inovação de processo – Capacidade de introduzir novos métodos para realização dos processos e serviços



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Diante do exposto, entende-se que ambos os hospitais têm habilidades de utilizar novos métodos para realização de seus serviços e processo, desde que não desrespeitem as normas e os regulamentos e não arrisquem a vida do paciente. Portanto, há setores dentro dos hospitais que não podem utilizar novos métodos, devendo seguir as normas.

b) Capacidade de introduzir novos equipamentos para prestação de serviço

Liao, Fei e Chen (2007) validaram, em seu estudo, a habilidade de a organização introduzir novos equipamentos e novas habilidades para prestação de serviço como um fator que conduz a capacidade de inovação de processos.

As respostas são unânimes em ambos os hospitais. Eles têm essa habilidade, o que até pode ser notado pelos exemplos citados nas categorias anteriores, principalmente na de tecnologia de ponta. O problema, no entanto, é que nem tudo pode ser adquirido de imediato em função do custo, e os hospitais estão passando por um momento financeiro difícil. Seguem relatos dos entrevistados com relação a essa habilidade:

Com certeza, isso é o que nós buscamos diariamente, e o **pioneirismo** é uma característica do hospital, como eu te falei, **estamos testando equipamentos com tecnologia mais moderna que existe**, mas infelizmente não podemos adquirir de imediato, sabemos que é bom que queremos aquilo (Entrevistado P1).

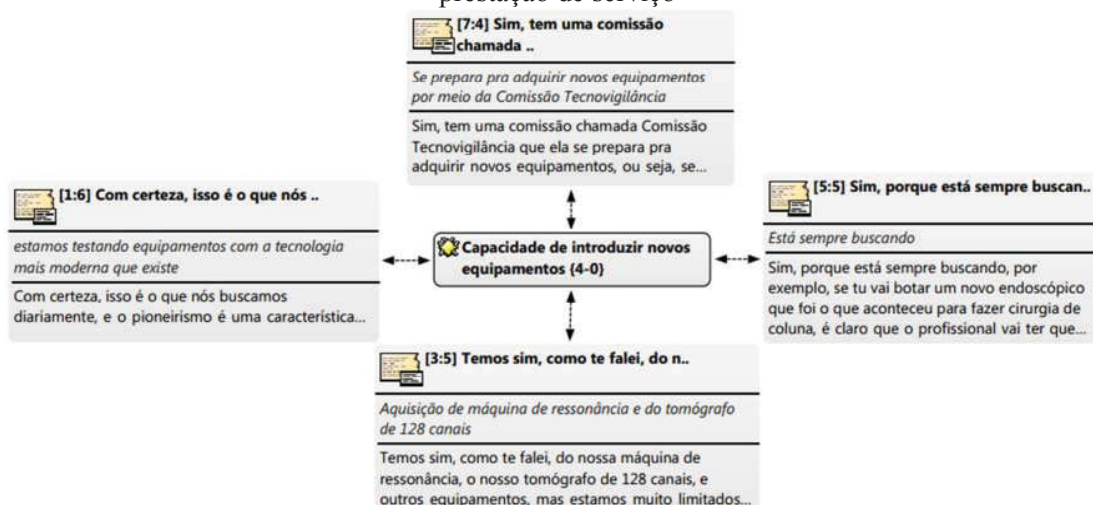
Temos sim, como te falei, do nossa **máquina de ressonância, o nosso tomógrafo de 128 canais**, e outros equipamentos, mas estamos muito limitados as verbas, e agora é um época muito difícil pra nós (Entrevistada P3).

Sim, porque **está sempre buscando**, por exemplo, se tu vai botar um novo endoscópico, o que aconteceu para fazer cirurgia de coluna, é claro que o profissional vai ter que se especializar para poder utilizar, senão também não vai resolver (Entrevistada P5).

Sim, tem uma comissão chamada **Comissão Tecnovigilância que se prepara para adquirir novos equipamentos**, ou seja, se ela vai comprar uma ressonância, ela vai estudar a ressonância para saber do que ela está falando e além do que tu envolve os profissionais, médicos, engenheiros na construção da compra (Entrevistado P7).

A Figura 39 apresenta uma síntese dos relatos utilizados para análise dessa categoria.

Figura 39 – Inovação de processo – capacidade de introduzir novos equipamentos para prestação de serviço



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Com base nos depoimentos, nota-se que a habilidade de introduzir novos equipamentos é bem visível tanto no Hospital Beta quanto no Hospital Gama, contribuindo com a inovação de processo, em consonância com o constructo de Liao, Fei e Chen (2007).

c) Novas abordagens de gestão

Wang e Ahmed (2004) consideram, em seu constructo, que quando a organização adota novas abordagens de gestão ela está inovando em processos. Quando questionados se a organização vem adotando novas abordagens ou modelos de gestão nos últimos anos, os entrevistados dos dois hospitais afirmam que sim, que nos últimos anos a gestão vem evoluindo.

O Hospital Beta realizou um trabalho com a Fundação Don Cabral¹³, nos últimos cinco anos, buscando modernizar sua gestão. Foi realizado um plano de desenvolvimento dos executivos, passando por uma renovação do planejamento estratégico, e, a partir de então, a organização passou a adotar a prática de reuniões mensais, acompanhamento de indicadores, utilização da ferramenta PDCA¹⁴, quando o processo não é cumprido, buscando fator causa e ação. Também dividiu o processo de gestão em quatro pilares: economia, clientes e mercado, assistência e área de pessoas.

¹³ A Fundação Don Cabral é uma escola de negócios brasileira de desenvolvimento e capacitação de executivos, com padrões e atuação internacional.

¹⁴ O PDCA é uma ferramenta de qualidade utilizada no controle do processo para solução do problema. Sua sigla em inglês significa Planejar, Fazer, Verificar e Agir.

Outro aspecto destacado pelos gestores é a questão da acreditação, para cuja adequação o hospital está ajustando e revisando todos os seus processos. Essa foi uma grande evolução para o hospital, visto que seus processos eram mais informais e sua gestão também. Esses aspectos são evidenciados nos relatos:

Sim, **nós mudamos**, não tinha mais como continuar, já assim a quatro, cinco anos atrás que a gente vem, acho que a três anos atrás **com apoio da Fundação Don Cabral** que é 7ª escola mundial na área de ensino, então a Fundação Don Cabral veio pra cá, nós contratamos ela e ela ficou nos ajudando no sentido de formação dos nossos assessores. São planos de desenvolvimento, eles chamam o PAEX, que é um Plano de Desenvolvimento para Executivos, e aí **passou por uma renovação do planejamento estratégico**, atualização, hoje nós trabalhamos diretamente com os **planos de ações e indicadores do BSC**, com **reuniões de avaliação mensal**, nós chamamos as AGMs e as pré AGMs, então são pilares que nós temos, por exemplo, na área econômica é um pilar, na área de clientes e mercado é outro pilar, na área assistência, de processos é outro pilar e na área de pessoas, então esses quatro pilares eles tem pré AGMs aonde cada grupo avalia todos os indicadores de gestão, o que que não está sendo cumprido, as falhas, se faz as fichas – FCA, Fator, Causa, Ação, e aí você tem que ver, porque que eu não atingi aquele indicador, não foi cumprido, qual é a causa, qual é a ação que eu vou desenvolver, roda o PDCA de novo e aí você consegue tentar ver e aproximar as necessidades que você tem para manter o equilíbrio econômico, atingir o mercado. Qual é a nossa participação no mercado? Onde nós estamos perdendo no mercado? Em todo o processo assistencial, os processos que tem que ser revisados, ajustados. [...] Também estamos fortes na acreditação hospitalar pra todo o hospital, então isso passa por um trabalho muito intenso de **revisão de processos, cálculo de riscos** [...] (Entrevistado P1).

[...] em nível de gestão como um todo, estratégica, digamos assim, talvez os últimos 3, 4 anos que a gente começou a se dar conta que não dava mais para ser no modelo que vinha, ele demandava muito esforço e estava muito focado no esforço pessoal e não das diretrizes da organização, estamos ainda amadurecendo, não estamos satisfeitos ainda, digamos assim, com aquilo que está construindo, mas já se começa ter uma **reunião mensal**, agora a gente está fazendo a chamada AGM, pra **ver indicadores**, que a gente já começou, que foi na verdade um fruto [...] da assessoria Don Cabral [...] (Entrevistado P4).

Além disso, o Hospital Beta teve outra mudança nos últimos anos em nível de gestão: o gestor que administra o setor passou a ser responsável por todos os colaboradores daquele setor, tanto em nível de assistência, como de limpeza e copa do setor. Ou seja, o funcionário que realiza a limpeza passa a responder para o gestor do setor. Essa mudança no início causou resistência dos gestores, mas agora está funcionando melhor que o modelo anterior. A gestora entrevistada P2 fornece um exemplo claro de como está funcionando na área de Enfermagem:

É o gestor que faz a administração do setor e todas as áreas, por exemplo, o enfermeiro lá da CTI, ele vai comandar os demais enfermeiros, os técnicos, as secretárias, a higienização e a copa. Então a pessoa não tem que saber limpar o quarto. Tem que ter a gestora da higienização do hospital que vai contratar, vai treinar e vai disponibilizar para o setor essa pessoa, mas esse enfermeiro que vai ver se o trabalho dela está adequado, se o comportamento dela está adequado [...] **Ele vai ser o gestor de todas as áreas que fazem parte do setor dele**, então foi muito

difícil isso no início, porque os enfermeiros não queriam pegar essa carga toda pra eles [...] mas conseguimos implantar (Entrevistada P2).

No Hospital Gama os gestores também foram unânimes com relação à modernização da gestão do hospital, a qual está passando por um realinhamento com o mercado, trabalhando com governança corporativa e com planejamento estratégico, que, anteriormente, não havia. Outra mudança é que a organização está começando a preparar-se para buscar a acreditação no hospital como um todo, avaliando seus setores e corrigindo as falhas. Seguem relatos evidenciando esses aspectos:

Eu acho que agora, a gente está com toda uma **questão estrutural de gestão revendo, reprojetoando, reestruturando seu planejamento**, discutindo com colaboradores, então eu diria assim, que nós estamos num momento de novo modelo, tá buscando um novo modelo (Entrevistada P5).

Acredito que sim, as coisas assim estão num progresso muito constante, a gente vê até quando eu entrei aqui no hospital a 19 anos atrás, o modelo de gestão que era, a gente não tinha um tomógrafo, com o passar dos anos a gente foi desenvolvendo toda essa questão aí, gestão nova e tudo para que fosse, tivesse hoje a construção do prédio novo, tivesse todos os equipamento que tem, todas as novas técnicas que são realizadas [...] (Entrevistada P6)

Sim, ele está se realinhando com relação ao mercado, por exemplo, nós estamos trabalhando agora na questão do planejamento estratégico e na questão da **governança corporativa**, é um novo modelo de gestão, então está tentando se adaptar (Entrevistado P7).

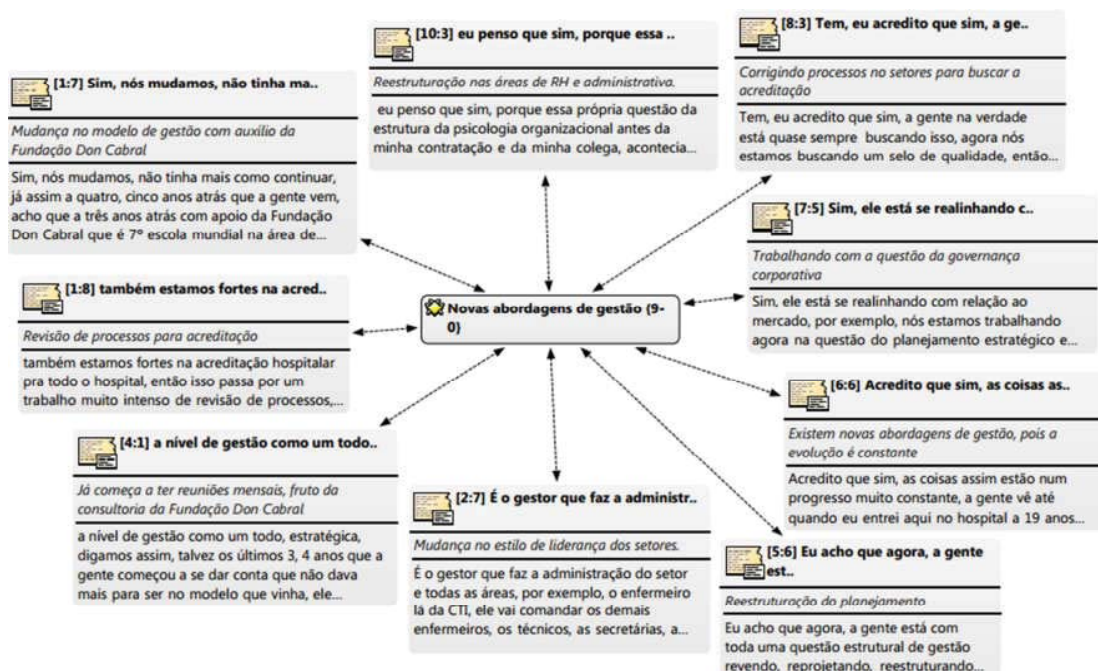
[...] a gente na verdade está quase sempre buscando isso, agora nós estamos **buscando um selo de qualidade** [...] a acreditação, para o hospital como um todo. Primeiro a gente está se preparando, a gente não está ainda buscando, a **gente está se preparando**, então a gente está **corrigindo os setores todos**, está sendo feito uma avaliação geral, corrigindo alguns problemas que possam estar ocorrendo no que a gente conseguir ajustar tudo isso, a gente vai buscar isso [...] (Entrevistado P8).

Além disso, o Hospital Gama teve mudança na estrutura organizacional. As áreas foram mais divididas com a contratação de um profissional para a gerência administrativa, que não havia anteriormente e tudo era concentrado no administrador. E também foi realizada a divisão da estrutura na área de Recursos Humanos. Anteriormente era apenas uma psicóloga para atender clínica e organizacional, juntamente com recrutamento e seleção e com treinamento e desenvolvimento, agora essa função é realizada por três profissionais.

[...] eu penso que sim, porque essa própria questão da estrutura da psicologia organizacional antes da minha contratação e da minha colega, acontecia com uma mesma **profissional da psicologia** que atendia clínica e organizacional junto com recrutamento e seleção e treinamento e desenvolvimento. Não tínhamos também a questão da **gerência administrativa**, que acabava centralizando tudo na administração, que é no nosso administrador [...] (Entrevistada P10).

A Figura 40 apresenta uma síntese dos relatos utilizados para análise dessa categoria.

Figura 40 – Inovação de processo – novas abordagens de gestão



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Com base no exposto, percebe-se que ambos os hospitais passaram por uma modernização em seu modelo de gestão nos últimos anos, demonstrando sua capacidade de inovar em seus processos e, conseqüentemente, a capacidade de inovação global das organizações, corroborando os conceitos de Wang e Ahmed (2004).

4.4.1.4 Inovação Comportamental

Nesta seção descrevem-se e analisam-se as evidências de comportamentos e habilidades presentes na organização e que permitem a formação de uma cultura de inovação e receptividade a novas ideias (WANG; AHMED, 2004).

As evidências foram analisadas a partir dos conceitos de Wang e Ahmed (2004) e Camargo (2012). Os comportamentos e as habilidades caracterizados nesse componente foram comprometimento com a mudança e cultura organizacional para inovação.

a) Comprometimento com a mudança

O comprometimento com a mudança demonstra a disposição da organização e de seus gestores em buscar novas formas de fazer as coisas, promovendo novas ideias (WANG;

AHMED, 2004). Corroborando o exposto, Camargo (2012) identifica em seu estudo o comprometimento com a mudança como comportamento e habilidade presentes na organização que conduz ao desenvolvimento de capacidades dinâmicas.

Nesse sentido, o Hospital Beta forneceu vários exemplos de comprometimento com a mudança: as alterações em seu modelo de gestão; a forma de gestão nos setores, que incorporou todos os colaboradores que prestam serviço naquele setor, independentemente da área sob a mesma liderança; a busca pela acreditação do hospital como um todo; e a aquisição de outro hospital, que representa uma solução totalmente nova e incomum nunca praticada pelo hospital. Todas as evidências empíricas relacionadas a esses fatores já foram apresentadas em categorias anteriores.

Além disso, o hospital instalou uma funerária incorporada ao Hospital Beta, solução também incomum, como uma oportunidade de negócio e também de humanização, conforme já relatado na dimensão de inovação de mercado, categoria de educação para o mercado.

O Hospital Gama, da mesma forma, apresentou evidências empíricas, já apresentadas anteriormente, com relação ao comprometimento com a mudança: a modernização de seu modelo de gestão; a avaliação de seus processos e a possibilidade da acreditação para toda a organização; a mudança na estrutura organizacional com inserção de novos cargos com responsabilidades importantes para o processo de gestão; e a ampliação de sua estrutura física, com a implantação do setor de hemodinâmica.

Além disso, quando questionado sobre essa habilidade da organização em buscar soluções novas e incomuns, o gestor entrevistado P7 comenta que o hospital tem esse comprometimento, porém é mais na parte de gestão, visto que a parte de Medicina depende de aprovações de alguns órgãos. Então eles buscam essas aprovações:

Respeitando a questão do novo, por se tratar de um segmento de saúde, na parte de gestão sim, na parte médica depende da medicina e depende de ter aprovado esses novos métodos, só pode ser utilizado o que realmente for aprovado. Mas nós também fizemos parte de programas de pesquisa onde o novo ele é testado dentro do hospital, então hoje ele faz parte também do novo (Entrevistado P7).

Diante do exposto, entende-se que ambos os hospitais possuem comportamento e habilidade de comprometer-se com a mudança, em linha com os achados no estudo de Camargo (2012) e com a proposição de Wang e Ahmed (2004).

b) Cultura organizacional para inovação

Wang e Ahmed (2004) consideram que a empresa tem uma cultura inovadora quando seus colaboradores, suas equipes e suas gerências demonstram receptividade a novas ideias. Para os autores, a cultura inovadora é um catalizador de inovações.

Os hospitais estudados demonstram que, embora tenham uma cultura organizacional voltada para a inovação, as mudanças ainda assustam um pouco, porque a evolução é muito rápida. Também se verifica que os gestores apoiam essa busca e esperam que ela aconteça. Os relatos demonstrando tal constatação:

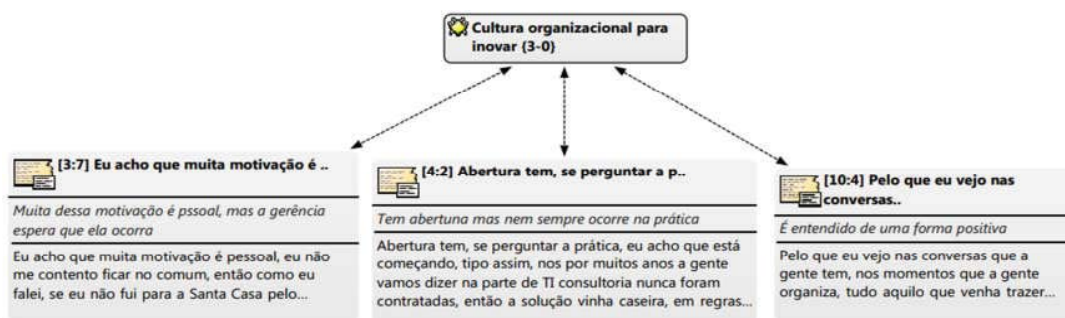
Eu acho que **muita motivação é pessoal**, eu não me contento ficar no comum [...] eu acho que é um compromisso que a gente tem que ter né, se está trabalhando, está inovando, está olhando além, está tentando fazer o melhor, mas eu sinto assim que como é uma necessidade, eles esperam isso de você, então a gerencia já espera que tu faça algo a mais, claro que o que nos limita muito é a questão da verba, porque hoje é muito difícil tu fazer tudo ou muita coisa *free* né, tudo precisa tu investir, até pra ti conseguir um cliente, tu quer um cliente que pague mais, esse cliente exige mais [...] (Entrevistada P3).

Abertura tem, se perguntar a prática, eu acho que está começando, tipo assim, nos por muitos anos a gente, vamos dizer, na parte de TI consultorias nunca forma contratadas, então a solução vinha caseira, em regras de uma cultura propriamente de modelo, ela está por acontecer, e nos assusta muito, porque precisa que a organização seja capaz de entender [...] (Entrevistado P4)..

Pelo que eu vejo nas conversas que a gente tem, nos momentos que a gente organiza, tudo aquilo que venha trazer benefício para a instituição e que consequentemente traz benefício para as pessoas, porque se a instituição vai bem, o grupo de colaboradores vai bem **é entendido de uma forma positiva**. Tira muitas vezes a pessoa da zona de conforto, acaba tendo que trabalhar de uma forma diferente, mas as pessoas conseguem entender esse processo de uma forma positiva quando elas conseguem perceber quais os benefícios que isso vai trazer pra instituição, agora se você não tem isso muito claro, se você não comunica isso de uma forma muito clara, as pessoas não vão receber isso muito bem, então quando eles têm isso claro existe essa concordância (Entrevistada P10).

A Figura 41 apresenta uma síntese dos relatos utilizados para análise dessa categoria.

Figura 41 – Inovação comportamental – cultura organizacional para inovação



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

4.4.1.5 Inovação Estratégica

Nesta seção serão descritas e analisadas as evidências de comportamentos e habilidades presentes na organização referentes à capacidade da organização gerenciar seus objetivos organizacionais e identificar suas incompatibilidades com os recursos existentes, a fim de utilizá-los de forma criativa (WANG; AHMED, 2004).

As evidências foram analisadas a partir dos conceitos de Wang e Ahmed (2004), Andreeva e Chaika (2006) e Camargo (2012). Os comportamentos e as habilidades caracterizados nesse componente foram: capacidade de assumir riscos; soluções em tecnologias inovadoras; habilidade de gerar soluções para problemas complexos; capacidade de gerenciar objetivos organizacionais (alinhamento com a estratégia).

a) Capacidade de assumir riscos

A capacidade de assumir riscos refere-se à capacidade da organização em gerenciar seus objetivos ambiciosos, buscando a defasagem entre sua ambição e seus recursos, visando utilizá-los de forma criativa, bem como a capacidade de assumir esses riscos (WANG; AHMED, 2004).

Quando os gestores foram questionados sobre a disposição das organizações de assumir riscos elevados para aproveitar oportunidades de crescimento, as respostas foram bastante divergentes. Alguns responderam que sim, mas desde que sejam riscos calculados, visto que todo investimento realizado demanda algum risco. É o que se verifica nos relatos a seguir:

Nós isso é uma característica, a gente **está sempre correndo riscos**, temos agora um novo empreendimento, que a gente não pode ainda anunciar, que pode ser risco que a gente vá correr, a compra da unidade dois, nós fizemos uma análise de viabilidade, **tudo se faz análise de viabilidade**, não é que a gente se joga ali, tem que **calcular risco**. Já tivemos outras situações que a gente não fez, adiou, não vamos implantar, por exemplo, uma unidade de queimados, é um alto custo investimento pesado, e nós não temos interesse de desenvolver isso agora. Porto Alegre tem uma unidade de queimados muito boa, então nós encaminhamos os pacientes pra lá. [...] nós avaliamos isso que não dava para implementar ainda, não implementamos, mas nós calculamos os riscos. Fizemos uma maternidade só para paciente privado, maternidade nova, compramos uma área que era do Gaúcho para construir o novo hospital que estava no projeto, agora com a compra da unidade dois ele recuou, mas nós tínhamos um cálculo para fazer a compra da construção de uma novo hospital, mais uma unidade, então isso é olhar pra frente, avaliar riscos e tudo (Entrevistado P1).

Nota-se nos exemplos fornecidos pelo gestor entrevistado P1 que o hospital realiza bastantes investimentos elevados que implicam riscos, mas eles são bem calculados. Faz-se

uma análise de viabilidade, como na aquisição da unidade dois, que foi um risco bem calculado e assumido. O gestor comentou a respeito de outros investimentos que o hospital queria fazer, como uma unidade para queimados, por exemplo, mas como o investimento não compensava o risco, não foi realizado.

Na sequência, relatos com a percepção dos diferentes gestores sobre a capacidade de assumir riscos:

Sem dúvida, sabe quando você pensa que tudo aqui dá certo, é o fundo do coração que pensa assim. Tudo que nós vamos fazer aqui, não sei porque, a gente não tem dúvida que vai dar certo, então esse risco que tu fala, parece que para nós não tem esse risco, é muito engraçado. [...] Todos os serviços novos que a gente faz aqui e os projetos, parece que sempre vão dar certo, não sei se é porque a gente acredita (Entrevistada P2).

Eu acho que o risco existe sempre, se tu adquirir, por exemplo, um aparelho, o que é o risco que tu deve medir, acho que risco é uma coisa constante que existe em qualquer organização, não vai deixar de existir aqui, no caso (Entrevistada P6).

Eu acho que assumir risco é diferente de se arriscar, eu acho que assumir riscos a **gente acaba assumindo** de qualquer forma mesmo que a nossa alternativa não seja improvisada, seja algo pensado, a tá assumindo um risco, porque a vai vim um serviço novo, vai vim um procedimento novo, daqui a pouco, dependendo do mercado, da situação, do cenário, como é que vai estar, aquilo vai estar sendo arriscado, se a gente vai ampliar, vai aumentar, vai ser muito arriscado, então acho que quem está nessa área, quem está na saúde acaba assumindo realmente esses riscos, acredito que sim [...] (Entrevistada P10).

Por outro lado, alguns gestores responderam que não correm riscos elevados, pois quando demanda muito investimento, a organização só faz se ela tem certeza que vai dar certo, ou tiver calculado muito bem o risco. É o que relatam:

Não, elevados não, porque eu concordo com eles em muitas coisas, justamente por causa do valor, **riscos elevados geralmente, como comprar uma unidade, tem que ter quase que absoluta certeza que vai dar certo**, porque envolve muito dinheiro, então se tu arrisca pouco, perde pouco, agora se tu arrisca muito perde muito, se não der certo, então acho que eles estão comedidos na situação do hospital tem que ser, a gente tem que botar dinheiro onde vai dar certo, com risco de dar errado tem que pensar muito (Entrevistada P3).

Forte não o hospital busca, vamos dizer assim, até porque está dentro dos nossos valores, nossa missão também, **o pioneirismo**. Então seria contraditório dizer que não, mas busca, mas **tem muita cautela nisso**, até a questão de novas tecnologias, novas tecnologias de pesquisa em si, que os médicos que estão aqui que atuam aqui [...] (Entrevistado P4).

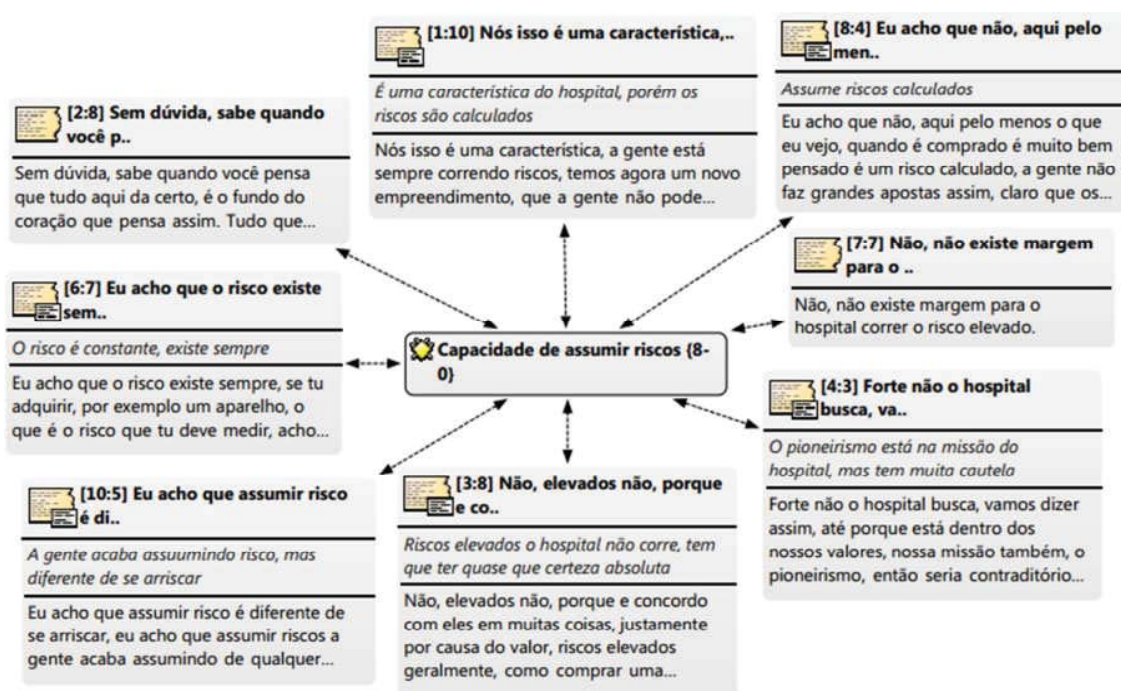
Não, não existe margem para o hospital correr o risco elevado (Entrevistado P7).

Eu acho que não, aqui pelo menos o que eu vejo, quando é comprado é muito bem pensado **é um risco calculado**, a gente não faz grandes apostas assim, claro que os equipamentos são muito caros, tem equipamentos aí de milhões. Então geralmente é

muito bem pensado, bem estruturado que vá dar certo, não tem como você comprar um equipamento grande assim, instalar pra ver se vai dar certo, geralmente já é feito um estudo antes, administrativamente falando, acredito que eles façam uma varredura na região toda para ver a viabilidade desses serviços (Entrevistado P8).

A Figura 42 apresenta uma síntese dos relatos utilizados para análise dessa categoria.

Figura 42 – Inovação estratégica – capacidade de assumir riscos



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Mesmo que os gestores tenham expressado suas opiniões de forma diferente, analisando os relatos percebe-se que ambas as organizações têm a habilidade de assumir riscos calculados. Isso pode ser notado até pela evolução desses hospitais nos últimos anos. Essas constatações confirmam que as organizações estudadas têm capacidade de gerenciar seus objetivos, em consonância com Wang e Ahmed (2004), assumindo riscos de forma calculada.

b) Soluções em tecnologias inovadoras

Para Wang e Ahmed (2004), a inovação estratégica destaca-se como a capacidade interna da organização identificar as oportunidades externas em tempo hábil para investir e oferecer produtos e serviços inovadores. Entende-se que a habilidade da organização em ter

soluções em tecnologias inovadoras seja decorrente de seu investimento em pesquisa e desenvolvimento de novas tecnologias.

Nesse sentido, os gestores do Hospital Beta não consideram seus recursos investidos em soluções de tecnologia, pesquisa e desenvolvimento suficientes para acompanhar as necessidades impostas pelo mercado. E reconhecem que deveria ter mais apoio, inclusive de recursos federais para esse fim. É o que afirmam:

Não é suficiente, **nós precisamos ter mais incentivo de recursos federais**, você vê assim, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ele é um hospital público, ele recebe sempre muito dinheiro do governo, do MEC, do Ministério da Saúde para pesquisa, então eles tem incentivo, nós não temos esse incentivo ainda para pesquisa, nós temos que nos preparar entende, já estamos assim, nessa linha, o que que nós vamos oferecer a nível de pesquisa para captar recursos Federais senão você não consegue fazer um trabalho melhor. E também na iniciativa privada, esse simulador, por exemplo, a gente está buscando na iniciativa privada, porque o hospital não consegue hoje sozinho fazer esses tipos de investimento. Precisa ter **parceria privada com outras empresas, Laboratórios**, para que se possa, é parceria, nós ganhamos em troca esses benefícios, mas eles também querem alguma coisa do hospital né, então isso é normal, sozinho hoje, esse modelo de saúde que está hoje ele faliu [...] (Entrevistado P1).

Como é tudo, **isso sim tem um planejamento**, porque é tudo assim, 3 milhões, 2 milhões, 15 milhões, então não existe caixa, nenhuma instituição do Brasil acredito que esteja tranquilo e fácil de adquirir qualquer coisa desse tipo, então há um planejamento, **há uma pesquisa**, e há uma verificação da necessidade, mas sim existe, para sempre estar perseguindo isso sabe, sempre está em busca para não ficar parado ou à frente sempre tentando ser pioneiro que é uma das características do hospital, o pioneirismo na saúde como um todo, então sempre, isso é nato do hospital, mas também mais aliado a parte médica (Entrevistada P3).

A gestora entrevistada P3 cita um exemplo de uma nova tecnologia que o hospital está buscando, mas ainda não conseguiu adquirir em função da falta de recursos – a PET-Scan, um equipamento para realizar tomografias que permite um diagnóstico mais avançado.

[...] por exemplo PET-SCAN, uma menina dos olhos que em breve vai vir, mas em Passo Fundo não tem, sabe-se que precisa, mas são milhões, então tem o intuito, tem a pesquisa, sabe a necessidade [...] (Entrevistada P3).

A maioria dos gestores do Hospital Gama também concorda que os recursos investidos em soluções tecnológicas e pesquisa e desenvolvimento não são suficientes, visto que a evolução na área da Medicina é muito rápida e também dentro da área tecnológica, conforme evidenciado nos relatos.

Não **medicina nunca é suficiente**, por causa da evolução, muito rápido, hoje, por exemplo, **seria maravilhoso você ter um robô para fazer cirurgia** no bloco com o robô, ele tem um acerto milimétrico na incisão ou na retirada de qualquer órgão,

então isso traria uma qualidade muito grande. O valor desse equipamento é 1 milhão e meio de dólares (Entrevistado P7).

Não, acredito que poderia ser melhor, mas a gente sabe que o hospital trabalha sempre no limite né, o hospital é um prestador de serviços, então depende de muitas variáveis aí (Entrevistado P8).

Eu acho que o **investimento em tecnologia, ele nunca vai ser suficiente**, porque as próprias empresas que produzem a tecnologia já estão vendendo produtos que já estão defasados porque já estão produzindo novos produtos. Então eu acho que o investimento em tecnologia em qualquer área ele nunca vai ser suficiente, eu acredito que a gente tem que estar sempre avançando, tem sempre a necessidade não só na área médica, mas nos nossos próprios sistemas, nas áreas administrativas, sempre vai ter o que evoluir. Eu penso que o **hospital tenta investir o máximo** que tem possibilidade, mas que sempre vai ter necessidades maiores (Entrevistada P10).

A questão da cirurgia robótica foi evidenciada, tanto no Hospital Beta quanto no Hospital Gama, como uma solução tecnológica que não foi possível obter ainda, por falta de recursos para investir, por ser uma tecnologia muito cara.

Por outro lado, alguns entrevistados no Hospital Gama consideram que, pelo momento que o hospital está passando e para a região na qual está atuando, os recursos investidos são suficientes e atendem a demanda. É o que se verifica nos relatos:

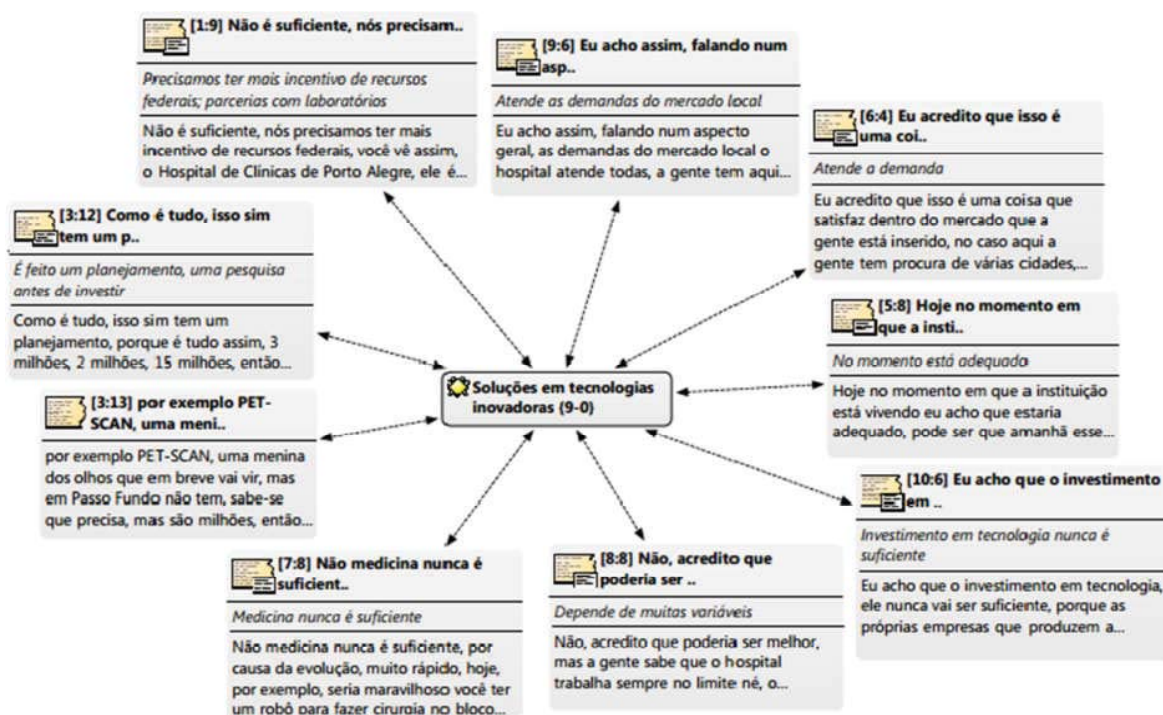
Hoje no momento em que a instituição está vivendo eu acho que **estaria adequado**, pode ser que amanhã esse orçamento precise ser revisto (Entrevistada P5).

Eu acredito que isso é uma coisa que satisfaz dentro do mercado que a gente está inserido, no caso aqui a gente tem procura de várias cidades, dentro do local que a gente está inserido **ele atende as expectativas** (Entrevistada P6).

Eu acho assim, falando num aspecto geral, as **demandas do mercado local o hospital atende todas**. A gente tem aqui dentro um setor de tecnologia e também engenharia clínica [...] então ele (o gestor da engenharia clínica) é uma pessoa que está em constante busca, então aqui dentro a gente atendendo a demanda a gente não fica devendo nada. A gente tem muitos equipamentos até que não se encontra com tanta facilidade até em outros hospitais daqui da região, por exemplo, tem a UTI, tem a central de monitorização 24 horas [...] (Entrevistada P9).

A Figura 43 apresenta uma síntese dos relatos utilizados para análise dessa categoria.

Figura 43 – Inovação estratégica – soluções em tecnologias inovadoras



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Analisando os relatos, percebe-se que ambos os hospitais investem em soluções tecnológicas inovadoras e reconhecem que não conseguem investir o suficiente para acompanhar todas as necessidades do mercado. Por outro lado, infere-se, com base em alguns relatos apresentados, que as soluções em tecnologia que possuem são suficientes, considerando-se a região de abrangência dos hospitais.

c) Habilidade de gerar soluções para problemas complexos

Essa categoria refere-se à utilização de soluções incomuns e inovadoras para resolução de problemas (WANG; AHMED, 2004). Para Andreeva e Chaika (2006), a resolução de problemas é uma das habilidades não específicas que permite à organização agir em favor de qualquer tipo de mudança.

Nas organizações estudadas, essa habilidade pode ser notada pela forma como elas estão encarando a falta de recursos devido à crise financeira e à alta defasagem nas tabelas do SUS, pois, mesmo assim, elas estão conseguindo inovar para continuar sendo referência em saúde na região, mantendo o padrão de qualidade.

Um exemplo claro no Hospital Beta é a disponibilização de 70% de sua estrutura para atender o SUS, visto que é uma entidade filantrópica. O SUS remunera em torno de 55% a 60% do custo. Para reverter o problema do prejuízo que estava passando, a solução encontrada foi adquirir outro hospital para atendimentos somente particulares e de convênio, ajudando, assim, a manter o equilíbrio. É o que esclarece o entrevistado P1:

[...] o SUS remunera 60% do custo, 55 a 60% do custo, quer dizer, se custa pra você R\$ 100 o SUS não paga nem o custo, então nós temos que complementar esse prejuízo que nós temos para atender o SUS fazendo atendimento para saúde privada, então uma oportunidade que nós sentimos foi a **compra de outro hospital**, ali atender paciente privado, diferenciado, plano de saúde, para ajudar a manter o equilíbrio [...] (Entrevistado P1)

A gestora entrevistada P2 exemplifica com o Programa Auto Hospitalar para Pacientes com Cuidados Especiais, o qual foi implementado para resolver o problema da falta de instrução para cuidado desses pacientes em casa. Esse programa tem por objetivo atender somente os pacientes do SUS, que não têm condições de pagar um enfermeiro particular. A gestora explica como esse programa funciona:

[...] nós temos aqui um programa que é o seguinte, **Programa Auto Hospitalar para pacientes com cuidados especiais**, o paciente vem aqui que teve um AVC, aí sai com traqueotomia, sai do jeito que tu imagina que os AVCs em pessoas mais idosas saem, aí tu explica como é que tem que limpar a a traqueo, como é que dá o alimento na sonda, como que tu tem que cuidar da sonda no paciente, como que tu tem que dar o banho [...]. Então o programa é assim: o paciente tem alta, eu espero 24 horas, esse enfermeiro desse setor faz uma visita pra esse paciente, mas só paciente SUS, porque o particular tem condições de pagar e o SUS não tem. [...] e vê quais são as suas dúvidas agora, sempre tem muitas, aí ela já vê até as condições de higiene, se o paciente tem o banho, instrui tudo que precisa e que tem necessidade o paciente [...] espera mais 24 horas e liga pro município do paciente [...]. Aí vai na segunda visita lá com essa enfermeira do município [...], apresenta todos os procedimentos que a enfermeira que está assumindo deve fazer e apresenta pra família e sai do foco [...] (Entrevistada P2).

No Hospital Gama não é diferente e, mesmo com as dificuldades financeiras, o hospital continua buscando inovações. Um exemplo foi a aquisição que está sendo realizada das torres de videolaparoscopia, cujos relatos já foram apresentados anteriormente, e a ampliação recente da hemodinâmica, conforme relatado pela entrevistada P9:

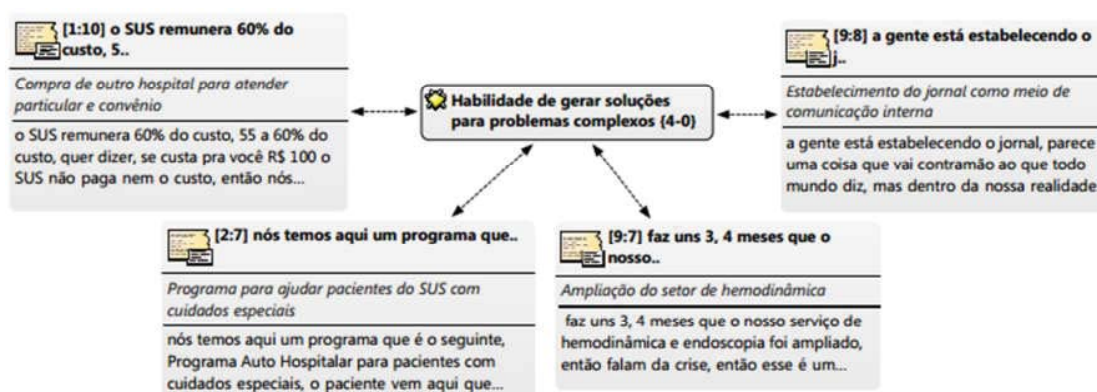
[...] faz uns 3, 4 meses que o nosso serviço de **hemodinâmica e endoscopia foi ampliado**, então falam da crise, então esse é um investimento nessa época porque se viu que tinha essa possibilidade no momento [...] (Entrevistada P9).

Uma ação simples para resolver o problema de comunicação dentro do Hospital Gama foi a instituição do jornal impresso. Trata-se de uma atitude simples, porém resolve um problema complexo, visto que nem todos os colaboradores tem acesso ao computador.

[...] a gente está **estabelecendo o jornal**, parece uma coisa que vai contramão ao que todo mundo diz, mas dentro da nossa realidade local, a gente viu que isso era uma necessidade, porque nem todo mundo tem acesso pleno à internet. Ou não tem um computador, um celular que possa olhar toda hora, ou não sabe manusear aquilo. Aqui dentro a gente tem vários públicos, e a gente procura trabalhar com todos eles as informações específicas pra cada um [...] (Entrevistada P9).

A Figura 44 apresenta uma síntese dos relatos analisados referente a habilidade de gerar soluções para problemas complexos.

Figura 44 – Inovação estratégica – habilidade de gerar soluções para problemas complexos



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Diante do exposto, entende-se que os hospitais estudados possuem habilidade de gerar soluções para problemas complexos em consonância com o conceito de Wang e Ahmed (2004). E essa habilidade pode auxiliar a organização a agir em favor de qualquer tipo de mudança, conforme exposto por Andreeva e Chaika (2006), sendo um elemento que contribui significativamente para o desenvolvimento das capacidades dinâmicas nas organizações.

d) Capacidade de gerenciar objetivos organizacionais

Essa habilidade também se refere à capacidade de a organização gerenciar seus objetivos, buscando adaptar-se às mudanças rapidamente quando elas ocorrem, não ser uma das últimas a adequar-se (WANG; AHMED, 2004). Isso ocorre quando a organização está alinhada com sua estratégia (CAMARGO, 2012).

Essa habilidade está presente nos hospitais estudados, como já foi percebida na questão das dificuldades financeiras e outras mudanças que foram realizadas, conforme relatos já apresentados na categoria de solução para problemas complexos. Entretanto, a velocidade com que a organização se adapta depende de alguns fatores, como a situação financeira no momento. Às vezes são detectadas mudanças às quais o hospital precisa adequar-se, porém não tem recursos naquele momento.

Outro fator é a questão cultural da gestão e também as diferentes culturas de seus colaboradores, das pessoas que receberão essa mudança. Portanto, nem sempre as mudanças são implantadas rapidamente e, às vezes, requerem um período de adaptação, conforme relatos dos entrevistados:

Rapidamente não, justamente pelo tamanho, pelo tanto de envolvidos e também pela cultura que é muito antiga de gestão, por exemplo, ela tem uma gestão que já tá a anos, mesmas pessoas nos mesmos lugares, então é difícil não ser os mesmos hábitos. Então quando vem uma coisa muito diferente, de rompante, não é aceita de pronto, e isso é cultural, não é culpa deles, mas também pelo volume, é difícil de tu fazer 3700 pessoas fazer X coisas que não faziam antes, então é um somatório de coisas que faz com o rápido não é efetivo aqui, a não ser no caso de comprar uma unidade. Repito de novo, ou era um negócio tu fazia ou não fazia, não adianta ficar pensando um ano, são dias, **então é estratégico é pontual, mas normativas do dia a dia não tem como ser rápido** (Entrevistada P3).

Eu acredito que sim, no que tu tiver que se adaptar, vai ter se adaptar, de maneira constante, mas as vezes alguns setores de uma maneira mais constante outros um pouco mais rápido, mas é uma coisa que se adapta (Entrevistada P6).

Não, **a adaptação é uma coisa complicada** muitas vezes, por ser um sistema complexo e hospitalar demora um pouco as vezes (Entrevistado P7).

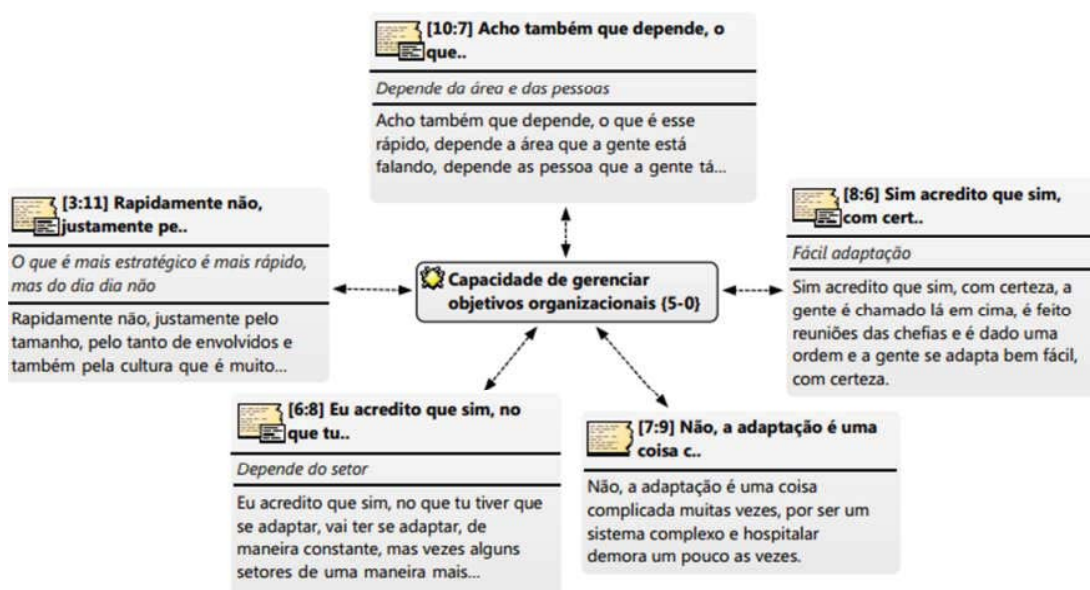
Sim acredito que sim, com certeza, a gente é chamado lá em cima, é feito reuniões das chefias e é dado uma ordem e **a gente se adapta bem fácil**, com certeza (Entrevistado P8)

Acho também que depende, o que é esse rápido, depende a área que a gente está falando, depende as pessoa que a gente tá falando e que realmente algumas pessoas vão receber de uma forma melhor, outras não, muito aquele processo que, a eu já estou trabalhando com isso a tantos anos e é assim que eu faço e é assim que da certo, porque que eu vou mudar ou daqui a pouco sim, vou receber isso de uma forma positiva para uma empresa com 1.300 colaboradores eu acho que não da pra gente dizer que existe uma resposta única para isso, acho que depende muito da área e das pessoas (Entrevistada P10).

Pode-se perceber também, nos relatos da entrevistada P3 e do entrevistado P8, que as decisões mais estratégicas ocorrem de forma mais rápida e são essas decisões que levam as organizações a desenvolver capacidade de inovação.

A Figura 45 apresenta uma síntese dos relatos analisados referente a habilidade de gerenciar objetivos organizacionais.

Figura 45 – Inovação estratégica – habilidade de gerar soluções para problemas complexos



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

4.4.1.6 Sistematização dos elementos que caracterizam os comportamentos e habilidades da capacidade de inovação

Com base na análise das categorias, a partir dos dados empíricos coletados nas organizações estudadas, conclui-se que ambos os hospitais se apresentam bem estruturados em termos de comportamentos e habilidades que levam às dimensões da inovação propostas por Wang e Ahmed (2004). Ou seja, apresentam bons exemplos de comportamentos e habilidades de inovação em serviço, mercado, processo, comportamento e estratégica. Quando as referidas dimensões são atendidas, de acordo com os autores, a organização é conduzida à capacidade de inovação global.

O Quadro 24 apresenta uma síntese dos comportamentos e habilidades presentes em cada um dos hospitais que conduzem ao desenvolvimento das dimensões capacidade de inovação.

Quadro 24 – Sistematização dos resultados de comportamentos e habilidades da capacidade de inovação

COMPORTAMENTOS E HABILIDADES DAS DIMENSÕES CAPACIDADE DE INOVAÇÃO			
Dimensões	Categorias	Hospital Beta	Hospital Gama
Inovação em serviços	Habilidade criativa	- Em 2015 o hospital ficou em quinto lugar das marcas mais lembradas e preferidas; - Os clientes expõem as mudanças na pesquisa de satisfação, que está em torno de 90% entre muito bom e ótimo.	- Os médicos percebem as mudanças de forma positiva e indicam para ao pacientes; - Os clientes percebem positivamente as mudanças relatando-as na pesquisa de satisfação e no Facebook.
	Agilidade em inovar	- Caracterizado pelo pioneirismo com realização de cirurgias inéditas, como, a separação de gêmeas Siamesas e da cirurgia de Parkinson;	- Criação de um Núcleo de Apoio a paciente oncológicos no hospital; Pioneiro na região na acreditação do laboratório de análises clínicas.
Inovação de mercado	Educação de mercado	- Lançamento recente da oncologia pediátrica; - Aula para pacientes internados até os 18 anos de idade, que ficam tempo no hospital, em parceria com professores do município; - Está em implantação o serviço de transplante de medula óssea. Buscando acreditação para todo hospital; - O hospital abriu uma funerária.	- Implantação do setor de eletrodinâmica com serviços de cardiologia e eletrofisiologia e este já está sendo ampliado;
	Tecnologia de ponta	- Aquisições recentes de equipamentos inovadores, como a tomógrafo 128 canais e o aparelho de litotripsia; - Está visualizando e estudando a cirurgia robótica e simuladores para treinamento de médicos e residentes com tecnologia de ponta em parceria com Laboratórios.	- Aquisição recente de torres de videolaparoscopia para realização de cirurgia de coluna.
Inovação de processo	Capacidade de introduzir novos métodos para realização dos processos e serviços	- Utilização de novos métodos para realização de serviços, desde os mais simples; - Busca de novas estratégias de marketing como as mídias sociais.	- Não são muito utilizados novos métodos em função das Normas e Regulamentos.
	Capacidade de introduzir novos equipamentos para prestação de serviços	- O pioneirismo é uma característica do hospital; - Tem habilidade, são exemplos a aquisição de uma nova máquina de ressonância, o tomógrafo 128 canais, o equipamento para cirurgia de litotripsia, entre outros.	- Tem habilidade. São exemplos o endoscópio para cirurgia de coluna por videolaparoscopia, a aquisição do segundo aparelho na Hemodinâmica, entre outros; - A comissão de Tecnovigilância é responsável por estudar os equipamento que serão adquiridos.
	Novas abordagens de gestão	- Modernização na gestão com apoio da Fundação Don Cabral; Revisão de todos os processos para acreditação do hospital; - Readequação dos setores, em que o líder do setor passou a gerenciar todos que trabalham naquele setor, independente da área.	- Modernização da gestão realinhando com o mercado e implantação do planejamento estratégico; - Mudança na estrutura organizacional com contratação de mais profissionais nas áreas de RH e Gerência Administrativa.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2017).

(Continua)

COMPORTAMENTOS E HABILIDADES DAS DIMENSÕES CAPACIDADE DE INOVAÇÃO			
Dimensões	Categorias	Hospital Beta	Hospital Gama
Inovação comportamental	Comprometimento com a mudança	-Mudança no modelo de gestão; -Aquisição de outro hospital; - Mudança nos processos para acreditação; - Instalação de uma funerária incorporada ao hospital.	- Mudança no modelo de gestão; - Avaliação de processos para iniciar a busca pela acreditação; -Mudança na estrutura organizacional com inserção de novos cargos com responsabilidades importantes; -Implantação do setor de Hemodinâmica.
	Cultura organizacional para inovação	- A organização tem cultura para inovação	- A organização tem cultura para inovação.
Inovação estratégica	Capacidade de assumir risco	- Capacidade de assumir riscos, desde que sejam calculados. - Realiza análise de viabilidade.	- Tem bastante cautela, assume riscos calculados com a certeza que vai dar certo.
	Soluções em tecnologias inovadoras	- Consideram que os recursos que dispõe atualmente para investir em tecnologia, não são suficientes, deveria ter mais incentivo Federal, por ser um hospital de ensino, e parcerias com empresas e Laboratórios.	- Consideram que os recursos que dispõe atualmente para investir em tecnologia, não são suficientes. - Atende as expectativas da demanda local.
	Habilidade de gerar soluções para problemas complexos	-Possui habilidade para resolver problemas complexos, como a forma como o hospital está utilizando para se sobressair dificuldades financeiras; Criação do Programa Auto Hospitalar para pacientes com cuidados especiais.	-Possui habilidade para resolver problemas complexos, como a forma como o hospital está utilizando para se sobressair dificuldades financeiras. - Ampliação da hemodinâmica e endoscopia. - Criação de um jornal impresso para melhorar a comunicação.
	Capacidade de gerenciar objetivos organizacionais	- Adequa-se rapidamente as mudanças quando é mais estratégica, porém quando envolve todo o hospital o processo é mais lento.	- Adequa-se rapidamente as mudanças quando é mais estratégica, porém quando envolve todo o hospital o processo é mais lento.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2017).

As organizações estudadas apresentam semelhanças em alguns aspectos. Ambas comentam sobre a acreditação hospitalar, que foi caracterizada como inovação em processos e inovação de mercado, porém o Hospital Beta já está em fase de implantação, enquanto que no Hospital Gama ainda está em planejamento. Quanto às tecnologias, ambos apresentam exemplos de tecnologias bem avançadas, que são caracterizadas como inovações importantes para a região. Exemplo disso foi a aquisição recente pelo Hospital Beta do tomógrafo de 128 canais, do aparelho de litotripsia, para cirurgia de retirada de pedra na vesícula; e, no Hospital Gama, a aquisição das torres de videolaparoscopia para cirurgia de coluna.

Entende-se também que as organizações estudadas apresentam cultura para inovação, apesar de existir certo receio, pelo que foi comentado pelos entrevistados. No entanto, essa habilidade é evidente, quando se observa a evolução de ambos os hospitais. Quando essas

mudanças envolvem todos os colaboradores, logicamente elas precisam ser um pouco mais trabalhadas, em função dos diferentes públicos e diferentes culturas. Quanto à forma como os clientes percebem as mudanças nos serviços do hospital, as duas organizações percebem que seus clientes veem de forma positiva.

Além disso, tanto o Hospital Beta quanto o Hospital Gama demonstraram modernização em seus modelos de gestão nos últimos anos, comprometimento com a mudança e capacidade de gerenciar objetivos da organização como um todo. Com relação aos investimentos que os hospitais fazem em novas tecnologias, ambos consideram que não são suficientes para atender as demandas do mercado, embora sejam para a região, mas ainda poderiam ter mais recursos federais para investir nessa área, como apontado pelo Hospital Beta.

As organizações diferem quanto à capacidade de inovação em serviços e mercado, visto que o Hospital Beta é caracterizado pelo pioneirismo na região. Além de algumas cirurgias inéditas do sul do Brasil, mencionadas anteriormente, está implantando o transplante de medula óssea e lançou recentemente a oncologia pediátrica. Além disso, já está estudando e visualizando a cirurgia robótica e os simuladores para treinamento de médicos e residentes, em parceria com laboratórios, com tecnologia de ponta, existente atualmente, no Brasil, somente em São Paulo, porém essas inovações ainda não foram implantados por falta de recursos financeiros. O Hospital Gama também se destaca com a implantação do setor de eletrodinâmica, que já está sendo ampliado.

Com relação à capacidade de assumir riscos, ambos os hospitais investem apenas após fazer o cálculo desses riscos, com análise de viabilidade. O Hospital Beta, no entanto, pelos seus exemplos mostrou essa habilidade mais forte que o Hospital Gama, que investe quando tem certeza que vai dar certo, como ficou claro pelas entrevistas.

Com base nas categorias analisadas, entende-se que ambos os hospitais apresentam prática que caracterizam os comportamentos e as habilidades que conduzem ao desenvolvimento de cada dimensão da capacidade de inovação.

4.4.2 Processos e rotinas da capacidade de inovação

A partir dos fundamentos teóricos abordados neste estudo, identificaram-se processos e rotinas presentes nas organizações estudadas, que demonstram sua capacidade de inovação. Buscou-se identificar processos e rotinas presentes em cada dimensão da capacidade de inovação organizacional propostos por Wang e Ahmed (2004).

Essa identificação e análise foram realizadas com base nas categorias que emergiram do referencial teórico, definidas no Quadro 16 (p. 76) – Categorias para processos e rotinas das dimensões da capacidade de inovação. (WANG; AHMED, 2004; LIAO; FEI; CHEN, 2007; CAMARGO, 2012; COSTA, 2013).

4.4.2.1 Inovação em serviços

Nesta seção serão descritas e analisadas as evidências de processos e rotinas identificadas nos hospitais que demonstram inovação em seus serviços. As evidências foram analisadas a partir dos conceitos de Wang e Ahmed (2004), Camargo (2012) e Costa (2013). Os processos e as rotinas caracterizados nesse componente foram rotinas de desenvolvimento de novos projetos, serviços e processos.

a) Rotinas de desenvolvimento de novos projetos, serviços e processos

Camargo (2012) refere-se a essa rotina como a frequência com que são desenvolvidos novos projetos de novos serviços nas organizações. Costa (2013) explicam que o cumprimento de padrões que integram os processos eliminam possíveis erros e, dessa forma, após a realização das rotinas, é necessário controlar frequentemente o andamento do processo.

Quando questionados se existe uma frequência no desenvolvimento de novos projetos, serviços e processos, que estabeleça uma rotina, os gestores de ambas as organizações foram unânimes em responder que não tem frequência, ocorre de acordo com a necessidade, oportunidade e recursos de que as organizações dispõem. É o que relatam:

Não existe uma frequência, necessidade temos sempre, a gente faz de acordo com os recursos que temos (Entrevistado P1).

Não tem uma frequência, é de acordo com a demanda e estudo, também, porque como eu falei, esse período que o Brasil vive não é de investimento, a compra do hospital foi um novo serviço, e agora é um pronto atendimento de convênio e particular, é um baita presente para a comunidade porque a comunidade precisa, então é um novo serviço que caiu como uma luva na necessidade da comunidade (Entrevistada P3).

Não tem frequência, porque, por exemplo, nós começamos com a residência numa área que as outras instituições não tinham, só que, agora a gente tentou mais vagas em outras áreas e o Ministério da Educação e da Saúde não realizou, então tem tudo isso por traz, não é quando a gente quer, é que **tem muitos órgãos envolvidos no processo**, e que as vezes não permite que aconteça (Entrevistada P5).

Não, varia de acordo com a necessidade e a gente também sempre **busca projetos federais, estaduais, então quando isso é aprovado que tem a verba a gente executa**, então a gente, além de ficar buscando esses recursos, a gente também quando há necessidade a gente faz investimento de recursos próprios também (Entrevistado P8).

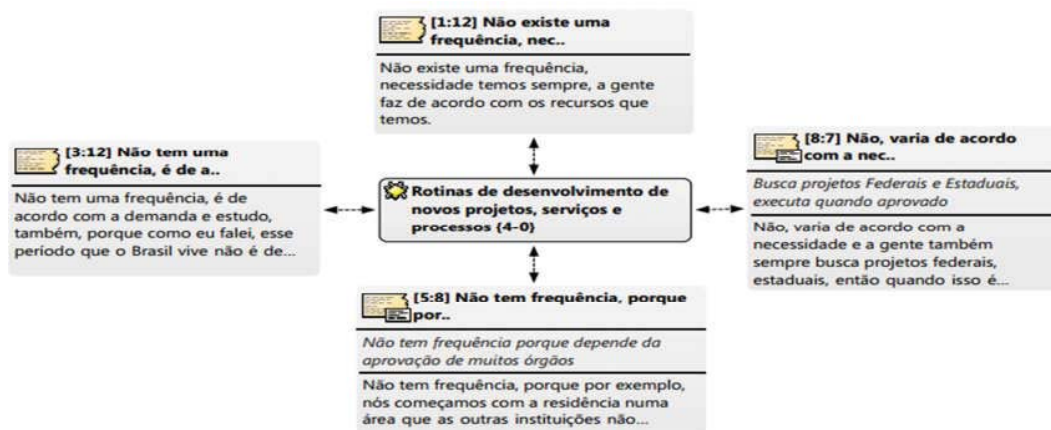
Mesmo que as organizações não tenham ideia dessa frequência, nota-se que essa busca existe e o lançamento de novos projetos também, para aguardar recursos e poder investir em novos serviços e novas tecnologias.

Quanto aos novos processos, mesmo que os entrevistados não tenham falado em frequência, sabe-se, pelos relatos já abordados em categorias anteriores, que são criados procedimentos operacionais padrão para que todos saibam como conduzir suas rotinas, eliminando erros. E esses procedimentos são revisados anualmente de acordo com as normas.

Também ficou evidente a questão das rotinas de controle dos procedimentos de manutenção dos equipamentos e calibrações no Hospital Gama. E, no Hospital Beta, os processos estão sendo revisados periodicamente, além da criação de novos, para atender à acreditação que a organização está buscando.

A síntese dos relatos analisados referentes a essa categoria é apresentada na Figura 46. Além dos relatos apresentados nessa categoria, outros relatos apresentados em categorias anteriores foram utilizados para análise.

Figura 46 – Inovação em serviços – rotinas de desenvolvimento de novos projetos, serviços e processos



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017)

4.4.2.2 Inovação de mercado

Nesta seção serão descritas e analisadas as evidências de processos e rotinas identificados nos hospitais referentes à adoção de novas alternativas e programas de marketing, com objetivo de promover os produtos e serviços existentes, conduzindo à inovação de mercado (WANG; AHMED, 2004).

As evidências foram analisadas a partir dos conceitos de Wang e Ahmed (2004) e Camargo (2012). Os processos e rotinas caracterizados nesse componente foram rotinas de marketing e rotinas de realização de pesquisa de mercado¹⁵.

a) Rotinas de marketing

As rotinas de marketing referem-se a alternativas e programas de marketing adotados pela organização com objetivo de promover os serviços já existentes, assim como os novos que a organização lança (WANG; AHMED, 2004). Camargo (2012) define rotinas de marketing como um tipo de processo e rotina que levam a organização ao desenvolvimento de capacidades dinâmicas.

Os dois hospitais estudados utilizam meios de divulgação de seus serviços, tanto existentes quanto novos, rádio, jornal, revistas, sites e televisão, embora esta última seja a menos utilizada em função dos custos elevados. O Hospital Gama também está utilizando como estratégia de marketing e divulgação dos seus serviços as mídias sociais, que são mecanismos fortes aos quais um grande público tem acesso. O Hospital Beta ainda não utiliza o mecanismo de mídias sociais, mas a gestora entrevistada P3 relata como necessário e como próximo passo a ser adotado pela organização, visto que não tem custo e atinge milhões de pessoas. Esses fatos são evidenciados a partir dos relatos a seguir:

Sim, rádio , TV, **TV menos por causa do custo, mas rádio, jornal, revistas, site, agora a gente quer entrar na mídia social** que é inevitável para esse nível, a gente não tem uma pagina do Hospital no Facebook, nem no instagran, se faz necessário porque é um meio que todo mundo faz e, além de tudo não tem custo e atinge milhões de pessoas, então é inevitável, não existe, todos os hospitais tem, só os menores que não tem, e olhe lá, então tudo que é tipo de mídia a gente tem né, rádio muito forte, revista também, mas como nossa verba sempre é limitada, a gente deveria até, pelo tamanho da marca, ter mais, mas concentra na Irapuru, Planalto, Diário, todas, Mais Nova tem um cantinho nosso lá (Entrevistada P3).

A gente tem hoje as **redes sociais**, a gente não é muito focado em redes de TV, a gente é um pouquinho reservado quanto a isso. Hoje é mais redes sociais e alguma coisa de **rádio, jornal**, mas reservado (Entrevistada P5).

Além disso, os hospitais realizam feiras de saúde, como o outubro Rosa, que, de acordo com a gestora entrevistada P3, são ações de marketing estratégico, mais impactantes, por atingir um público maior, conforme explica:

¹⁵ As rotinas de pesquisa de mercado não serão abordadas novamente, pois já foram explicadas nas categorias “*Capacidade de detectar oportunidades*”, item “a” da seção 4.3.1.1 – Dimensão aquisição e “*rotinas de busca de informações externas*”, item “d” da seção 4.3.2.1 – Dimensão aquisição.

Não são revolucionários, são normais, comuns, talvez alguma ação, mais de marketing estratégico, por exemplo, a dois anos a gente faz um **outubro rosa, novembro azul** no Bella Citta e atinge por mês 40 e poucos 50 mil pessoas. Atinge como? Um leva um fôlder, outro a fitinha, outro leva a marca em si, o valor agregado da marca, mas atinge, ou seja, passam por ali 50.000 pessoas por dia. É muita gente, isso é uma ação revolucionária porque o custo é muito pequeno e o retorno é muito grande. Não tem como medir esse retorno, é intangível, passa um viu, guardou a marca pra ti, viu, mas a gente atinge. Então são ações assim que a gente quer que e que impressionem, que surpreendam, que saia do comum (Entrevistada P3).

O gestor entrevistado P7 comenta que, além de feiras de saúde, o Hospital Gama utiliza os próprios médicos para divulgar os seus serviços e os contatos com instituições de comércio. Ele explica:

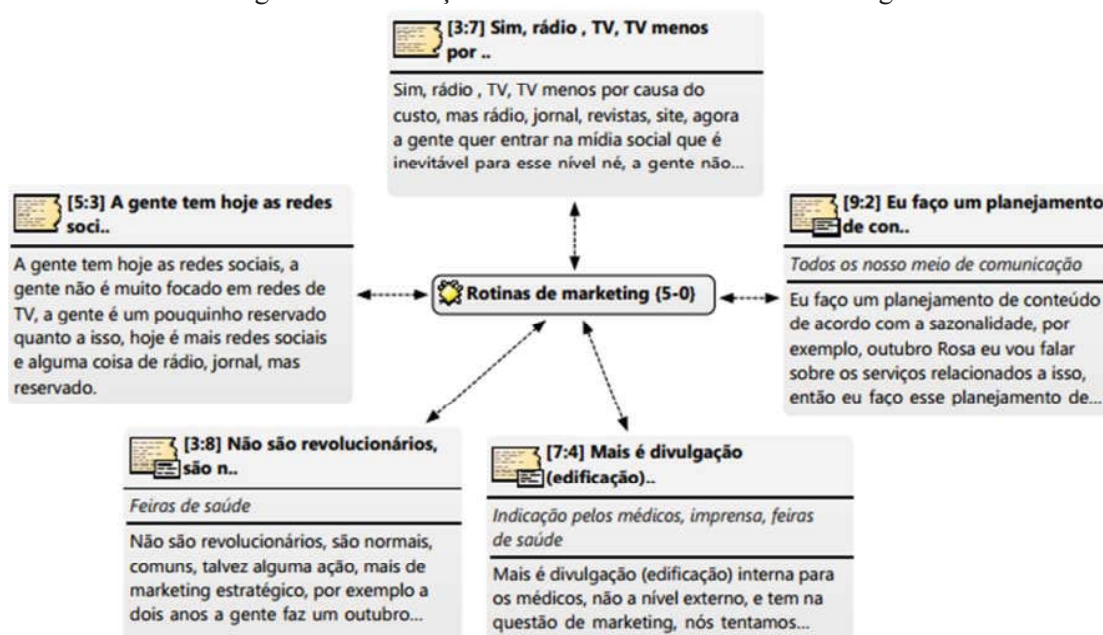
Mais é divulgação, **edificação interna para os médicos**, não a nível externo, e tem na questão de marketing, nós tentamos sempre, nos espaços que a gente consegue comprar ou ocupar na **imprensa** para reforçar a marca do hospital. Programas de marketing específico o hospital não tem. Uma das estratégias que eu posso te citar como exemplo são as **feiras de saúde, os contatos com instituições do comércio**, ou seja, você consegue levar tua marca, prestar um serviço e fazer um diferencial (Entrevistado P7).

A entrevistada P9 comenta que realiza como estratégia de divulgação um planejamento de conteúdo de acordo com a sazonalidade, para atingir tanto público externo quanto interno. Esclarece assim a ação:

Eu faço um planejamento de conteúdo de acordo com a sazonalidade, por exemplo, no outubro Rosa, eu vou falar sobre os serviços relacionados a isso. Então eu faço esse planejamento de conteúdo, que aí **engloba todos os nossos meios de comunicação e também o nosso relacionamento externo**. E quando a gente vai lançar um novo serviço, a gente faz um planejamento também com a área publicitária pra englobar todos os públicos, o público interno, o público médico e também o público externo, então se faz essa campanha, digamos assim (Entrevistada P9).

A síntese dos relatos referentes a análise das rotinas de marketing é apresentada na Figura 47.

Figura 47 – Inovação de mercado – rotinas de marketing



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Portanto, percebe-se que ambos os hospitais utilizam meios para divulgar seus serviços visando atingir o maior número possível de pessoas, levando sua marca e suas realizações. Dessa forma, por mais que essas organizações não apresentem programas de marketing revolucionários, com as alternativas utilizadas elas conseguem promover os serviços já existentes, bem como os novos em consonância com o Wang e Ahmed (2004). Essas rotinas conduzem à inovação de mercado que é uma das dimensões que levam a organização do desenvolvimento de capacidades dinâmicas.

4.4.2.3 Inovação de Processo

Nesta seção, descrevem-se e analisam-se processos e rotinas identificados nos hospitais referentes à adoção de novos métodos para realização de processos e serviços e novas tecnologias que podem ser usadas para melhorar os processos de gestão e serviços, levando ao desenvolvimento da inovação de processo (WANG; AHMED, 2004).

As evidências foram analisadas a partir dos conceitos de Wang e Ahmed (2004), McKelvin e Davidsson (2009) e Camargo (2012). Os processos e rotinas caracterizados nessa dimensão foram projetos-pilotos e rotinas de avaliação de necessidades de mudanças.

a) Projeto-piloto

Projeto-piloto é um processo realizado primeiramente em pequena escala para realizar o acompanhamento e controlar as variáveis antes da aplicação em grande escala (CAMARGO, 2012), ou seja, em toda organização. Para McKelvin e Davidsson (2009), os projetos-pilotos estão ligados à capacidade da organização de desenvolver novos processos. Desse modo, entende-se que a realização de projetos-pilotos faz parte das rotinas da capacidade de inovação de processos nas organizações.

As evidências empíricas referentes a essa rotina foram apresentadas na capacidade absorptiva na dimensão de aplicação¹⁶, visto que se trata de uma inovação, que também é considerada um resultado da ACAP.

Dessa forma, de acordo com as evidências já apresentadas, entende-se que os hospitais estudados realizam projetos-pilotos nos setores assistenciais quando há mudança em algum processo ou estabelecem um novo serviço, antes de replicar para todo o hospital. Porém, como os hospitais são normatizados, todas as suas mudanças seguem normas e padrões, e algumas são determinadas e já aplicadas para todo o hospital.

b) Rotinas de avaliação de necessidades de mudanças

Para Wang e Ahmed (2004), a inovação de processos conta com melhorias constantes nos processos de negócio da organização. Camargo (2012) define rotinas de avaliação de necessidades de mudanças como uma rotina de sustentação de capacidades dinâmicas. Neste estudo, essas rotinas são consideradas um elemento da dimensão da inovação de processos que faz parte da capacidade de inovação da organização.

O Hospital Beta avalia necessidades de mudanças em termos de novas tecnologias, surgimento de novas doenças e estimativa de aumento de pessoas com câncer, preparando-se para atender essa população. Além disso, o hospital está avaliando as necessidades de mudanças em todos os seus processos e analisando onde estão seus riscos, realizando gestão de riscos em função da acreditação. As evidências empíricas são relatadas pelo gestor entrevistado P1:

[...] tudo que tem de **mais moderno no parque tecnológico, nós procuramos trazer**, na área de medicamentos, o que se usa hoje no mundo, na principais doenças, no câncer, na área da cardiologia, enfim, nós procuramos também trazer pra cá. Um dos fatores também é a **epidemiologia**, ou seja, os tipos de doenças que vão surgindo, então isso é o principal, então você tem que atender a necessidade de

¹⁶ Os relatos foram apresentados na categoria de “rotinas de desenvolvimento de novos processos e serviços e projeto-piloto”, item “a”, da seção 4.3.2.4 – Dimensão aplicação.

uma população doente [...]. Agora até o ano de 2030 o **crescimento da população com câncer** é muito grande, então o hospital tem que estar preparado pra atender essa demanda, e aí é com preparação de recursos humanos, condições de você ter equipamentos para diagnosticar, tratar e curar essa doença (Entrevistado P1).

[...] também estamos fortes na acreditação hospitalar pra todo o hospital, então isso passa por um trabalho muito intenso de **revisão de processos, cálculo de riscos**, nós hoje temos que trabalhar com os riscos, qual é a nossa gestão de riscos calculados. Por exemplo, onde nós temos os principais riscos que nós podemos ocorrer, é econômico, ou é de assistência, ou é de catástrofe, se acontecer um acidente grave aí, qual é a nossa capacidade de atender esses pacientes, que riscos nós corremos se a gente não conseguir atender (Entrevistado P1).

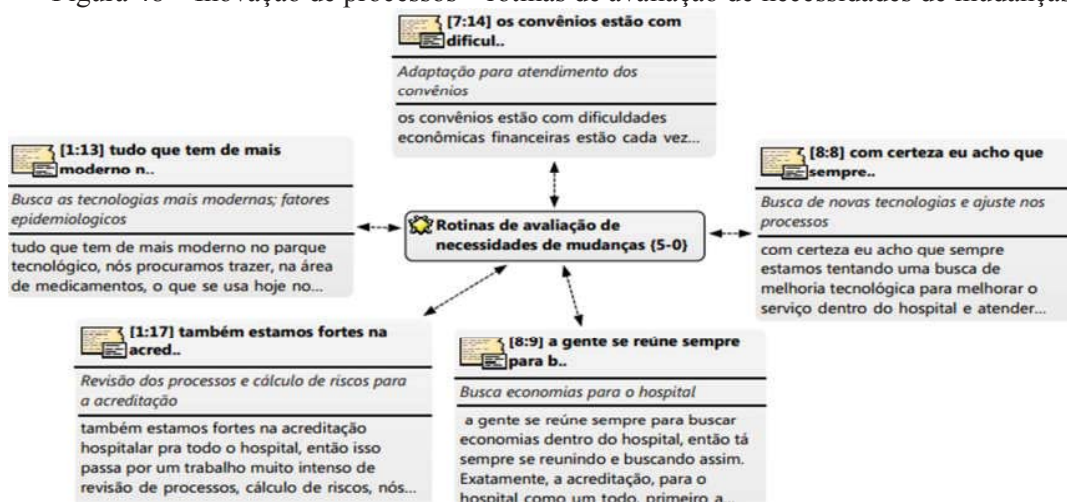
O Hospital Gama também avalia as necessidades de mudanças em relação à tecnologia, em relação aos convênios, elaborando novos pacotes para atender suas necessidades. Outro indício de realização dessa rotina são as reuniões buscando economias e as avaliações que estão sendo feitas nos setores a fim de corrigi-los para alcançar a futura acreditação. Seguem evidências empíricas nos relatos apresentados:

[...] com certeza eu acho que sempre estamos tentando uma **busca de melhoria tecnológica** para melhorar o serviço dentro do hospital e atender melhor a população. [...] A gente se reúne sempre para **buscar economias** dentro do hospital, então tá sempre se reunindo e buscando [...]. A gente está se preparando, a gente não está ainda buscando, a gente está se preparando. Então a gente está **corrigindo os setores todos**, está sendo feito uma avaliação geral, corrigindo alguns problemas que possam estar ocorrendo no que a gente conseguir ajustar tudo isso, a gente vai buscar isso (a acreditação), mas é uma sequência, tem que ter um começo [...] (Entrevistado P8).

[...] os convênios estão com dificuldades econômicas financeiras estão cada vez pedindo criação de novos pacotes ou procedimentos pra tentar economizar pra eles a questão do custo e nós também **precisamos estar se adaptando** e tentando atender ele como cliente (Entrevistado P7).

A síntese dos relatos referente a análise dessa categoria é apresentada na Figura 48.

Figura 48 – Inovação de processos – rotinas de avaliação de necessidades de mudanças



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Ambos os hospitais avaliam necessidades de mudanças constantemente, pois a evolução e o dinamismo nesse setor também são constantes e, dessa forma, atendem a rotina analisada em consonância com Wang e Ahmed (2004) e Camargo (2012).

4.4.2.4 Inovação Comportamental

Nesta seção descrevem-se e analisam-se as evidências de processos e rotinas identificadas na organização, o que permite a formação de uma cultura de inovação e receptividade a novas ideias (WANG; AHMED, 2004). A categoria que caracteriza essa dimensão é a motivação para inovação, analisada a partir dos conceitos de Wang e Ahmed (2004) e Costa (2013).

a) **Motivação para inovação**

A motivação para inovação ocorre quando a organização incentiva seus colaboradores a se comportarem de maneira original e inovadora (WANG; AHMED, 2004). Costa (2013) identificaram, em seu estudo realizado em imobiliárias, a motivação para inovação como um processo e rotina de busca e inovação, a qual consiste em identificar estímulos à produção de conhecimento e novas ideias.

Os hospitais estudados utilizam reuniões de gestores e a própria reunião do planejamento estratégico para motivar a geração de ideias inovadoras. Os gestores entrevistados P1 e P10 do Hospital Beta e Hospital Gama, respectivamente, comentam, no entanto, que gostariam que tivesse um programa específico, algo a mais para que todos os colaboradores pudessem expor suas ideias. No Hospital Beta inclusive já foi tentado um bando de ideias, porém ainda não foi implementado como os gestores gostariam. Os gestores relatam essas situações:

Nós tínhamos assim, no nosso planejamento estratégico o banco de ideias, mas ele não foi implementado ainda como a gente gostaria, nós queríamos que eles **apresentassem sugestões inovadoras**, foi feito uma reunião, nós marcamos assim, olha numa segunda feira nós vamos ficar lá, quem tiver alguma ideia vem e apresenta, mas não deu certo, não funcionou. Através das **reuniões de gestores**, ali se desenvolve algumas coisas que surgem ali nos debates, mas nós não temos implantado isso assim, um mecanismo, que diga, aqui você apresenta teu projeto, tua ideia, isso é uma coisa que a gente vai ter que buscar (Entrevistado P1).

Sim, é feito, **tem encontros** onde há a possibilidade de trazer novos projetos e se conversar. O próprio grupo de planejamento estratégico (Entrevistado P7).

Ainda não tem um programa em específico nesse sentido, acho que é algo que a gente precisa trabalhar que a gente precisa ainda caminhar para essa comunicação

maior, essa contribuição maior, onde a gente reúna sugestões, onde a gente possa estar com um grupo mais próximo, acho que isso é um passo que a gente ainda precisa dar, mas a gente solicita algumas questões. Até nesse ano, por exemplo, quando nós encontramos todo o grupo de gestores lá no mês de abril, para falar sobre o cenário que a gente tinha eu acho que **foi solicitado a eles alternativas bem inovadoras para que cada um pudesse trabalhar com os recursos que se tinha**. Nós tivemos também, por exemplo, no ano passado aquela greve dos caminhoneiros, e aí nós tivemos uma situação assim, muito complicada, então os nossos recursos não passaram por dificuldades, mas a gente tinha muito receio de que isso viesse acontecer porque a gente não sabia quando que ia ter e quando que não ia ter, então a gente teve que conversar com todo mundo e então, vamos pensar e vamos ter que dar um jeito de trabalhar de uma forma e se conter, então eu acho que nesses momentos, se solicita inovação e criatividade [...] (Entrevistada P10).

Com base nos exemplos citados pela entrevistada P10, nota-se que, em momentos de incerteza no mercado, as pessoas se reúnem, principalmente as lideranças, e colaboram com ideias originais e inovadoras, demonstrando a capacidade de inovação comportamental da organização.

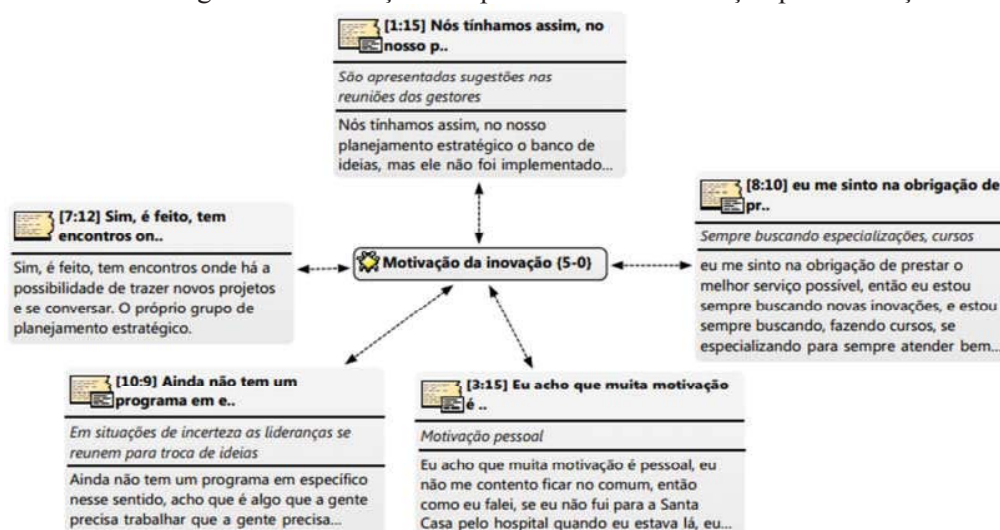
Os gestores entrevistados P3 e P8 também relatam sobre a motivação pessoal com relação a novas ideias:

Eu acho que muita **motivação é pessoal**, eu não me contento ficar no comum [...] eu acho que é um compromisso que a gente tem que ter né, se está trabalhando, está inovando, está olhando além, está tentando fazer o melhor, mas eu sinto assim que como é uma necessidade, eles esperam isso de você [...] (Entrevistada P3).

[...] eu me sinto na obrigação de prestar o melhor serviço possível, então eu estou **sempre buscando novas inovações**, e estou sempre buscando, fazendo cursos, se especializando para sempre atender bem o hospital [...] (Entrevistado P8).

A síntese dos relatos referente a análise da motivação para inovação é apresentada na Figura 49.

Figura 49 – Inovação comportamental – motivação para inovação



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Com base nas evidências apresentadas, infere-se que tanto o Hospital Beta quanto o Hospital Gama apresentam rotinas de motivação da inovação, tanto pessoal, com relação às lideranças, quanto em nível de grupos de gestores, em consonância com o constructo de Wang e Ahmed (2004) e Costa (2013). Essas ações ainda não conseguem englobar a organização como um todo, mas estão buscando ações para que isso aconteça.

4.4.2.5 Inovação Estratégica

Nesta seção, descrevem-se e analisam-se as evidências de processos e rotinas identificadas nas organizações estudadas que permitem identificar oportunidades externas, utilizando capacidades internas para oferecer serviços inovadores (WANG; AHMED, 2004). A categoria que caracteriza essa dimensão foram as rotinas e a estrutura organizacional para inovação, analisada a partir dos conceitos de Costa (2013).

a) Rotinas de estrutura organizacional para inovação

A estrutura organizacional para inovação refere-se a estruturas mais descentralizadas que possuem maior probabilidade de identificar oportunidades de mercado (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997). Costa (2013) identificaram a estrutura organizacional para inovação como um processo e rotina de busca e inovação.

Não existe um departamento específico para detecção e implementação de mudanças nos hospitais estudados, e os gestores são unânimes nessa resposta. No Hospital Beta, as mudanças são avaliadas por meio de indicadores, em que a controladoria analisa e repassa para os *stakeholders* envolvidos naquele indicador as mudanças necessárias que são apontadas na pesquisa de satisfação. É o que explica o gestor entrevistado P1:

Não existe assim um departamento específico para avaliar mudanças, não, as mudanças são avaliadas por indicadores, então tem o setor de controladoria, que ele avalia e recolhe esses indicadores, e avalia e aí repassa para os *stakeholders* que são envolvidos naquele indicador para que tomem as providencias. Pesquisa de satisfação do cliente, então saiu a pesquisa e ali apontaram, por exemplo, que não estão contentes com o quarto, que por exemplo, a TV não sintonizava direito, demoraram muito pra consertar, então isso vai para o setor lá da enfermagem, porque que ela não providenciou isso, então através da pesquisa se identifica algumas insatisfações pra você ir tomando providencia, então **os indicadores e na pesquisa de satisfação, são os dois mecanismos que a gente tem para avaliar** se foram implementadas as mudanças ou então se nós estamos atendendo adequadamente (Entrevistado P1).

Os demais gestores do hospital também são unânimes a respeito de não ter um setor específico para detecção e implantação de mudanças. Conforme exposto pela gestora

entrevistada P3, a Direção fornece um norte para que todos possam seguir. A gestora entrevistada P2 explica que, na área de Enfermagem, cada setor implementa suas mudanças e, quando necessário, são realizados treinamentos. É o que se verifica nos seguintes relatos:

Não. O departamento e P&D é muito de Ensino e Pesquisa, não tem haver com busca de ações distintas, isso é muito Direção, **a Direção da um norte**, eles tem o timão na mão, vamos norte, todo mundo vai para o norte, vamos sul, todo mundo vai para o sul, então não existe, a não ser alguma coisa política, social muito grande, uma crise muito grande ou uma situação muito apelativa para mudar a direção, a direção é a mesma, a gente só se adapta ao que vem no caminho, mas não existe um setor que vai analisar (Entrevistada P3)

Não (não existe departamento específico), o **setor cada um faz as suas coisas**, sempre compartilhado com os recursos humanos, o escritório da qualidade, até porque normalmente quando tu vai implantar alguma coisa tu precisa de treinamento então a própria minha assessora aqui do treinamento com o escritório da qualidade, elas interagem bastante (Entrevistada P2).

Não, mas eu diria assim que **existem vários olhares**, mas não essa pessoa que seria assim mais de olho, eu volto até a questão dos últimos dois anos que a gente trabalhou justamente essa questão estratégica, onde o olhar pra fora foi mais aguçado, vamos dizer assim, tentar buscar realmente o que está por vir, quais são principalmente **as tecnologias, as tendências**, e isso sempre pra nós requer um período entre a decisão, ai tu começa a pensar na aquisição, mas tu tem que pensar nos recursos humanos.[...] (Entrevistado P4).

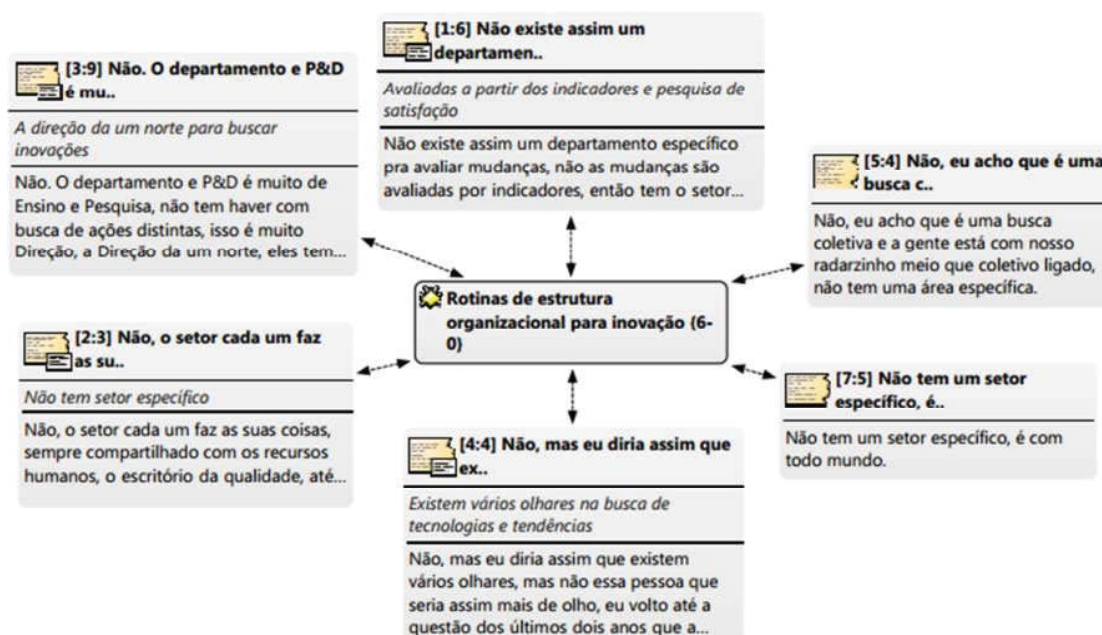
No Hospital Gama, os gestores também comentam que a busca de inovações é realizada por todas as áreas, pois não há um setor específico, porém forneceram poucos exemplos com relação a essa categoria.

Não tem um setor específico, é com **todo mundo** (Entrevistado P7)

Não, eu acho que é uma **busca coletiva** e a gente está com nosso radarzinho meio que coletivo ligado, não tem uma área específica (Entrevistada P5).

Na Figura 50 apresenta-se uma síntese dos relatos utilizada para análise dessa categoria.

Figura 50 – Inovação Estratégica – rotinas de estrutura organizacional para inovação



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Entende-se, diante disso, que a estrutura de busca de informações externas é mais descentralizada, já que não fica em um setor específico. Dessa forma, os hospitais estudados apresentam rotinas de estrutura organizacional que favorece a inovação, apesar de o hospital Gama fornecer poucos exemplos dessa prática.

4.4.2.6 Sistematização dos elementos que caracterizam os processos e as rotinas da capacidade de inovação

Após analisar as categorias, a partir dos dados empíricos coletados, percebe-se que as organizações estudadas apresentam processos e rotinas em todas as dimensões da capacidade de inovação propostas por Wang e Ahmed (2004). Entende-se, portanto, que elas suportam a existência da capacidade de inovação.

O Quadro 25 apresenta uma síntese dos processos e das rotinas identificados em cada um dos hospitais que suportam o desenvolvimento das dimensões da capacidade de inovação.

Quadro 25 – Sistematização dos resultados de processos e rotinas da capacidade de inovação

PROCESSOS E ROTINAS DAS DIMENSÕES DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO			
Dimensões	Categorias	Hospital Beta	Hospital Gama
Inovação em serviços	Rotinas de desenvolvimento de novos projetos, serviços e processos	<ul style="list-style-type: none"> - Não tem frequência de rotinas de novos projetos e serviços, ocorre de acordo com a necessidade, oportunidade e recursos; - Os POP são revisados anualmente, conforme as normas. - Revisão de processos e criação de novos para atendimento da acreditação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não tem frequência de rotinas de novos projetos e serviços, ocorre de acordo com a necessidade, oportunidade e recursos; - Busca projetos federais e estaduais, quando é aprovado executa; - Os POP são revisados anualmente, conforme as Normas.
Inovação de mercado	Rotinas de marketing	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgações dos serviços por meio de rádio, jornal, televisão (essa e menos utilizada devido ao custo), revista, site e feiras de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgações dos serviços por meio de rádio, jornal, televisão (essa e menos utilizada devido ao custo), revista, site, feiras de saúde e mídias sociais. - os próprios médicos divulgam os serviços.
	Rotinas de realização de pesquisas de mercado	<ul style="list-style-type: none"> - Não realiza pesquisa de mercado 	<ul style="list-style-type: none"> - Não realiza pesquisa de mercado
Inovação de processos	Projetos-piloto	<ul style="list-style-type: none"> - Projetos-piloto nos setores assistenciais em mudanças de processos e estabelecimento de novos serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> - Projetos-piloto nos setores assistenciais em mudanças de processos e estabelecimento de novos serviços.
	Rotinas de avaliação de necessidades de mudanças	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação das necessidades de mudança em termos de novas tecnologias, e estimativas de surgimento de novas doenças e de aumento de pessoas com doenças atuais. - Avalia as necessidades de mudanças em seus processos e análise de riscos para atender as normas da acreditação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avalia as necessidades de mudança em termos de novas tecnologias, convênio, elaborando novos pacotes para atender suas necessidades; - Reuniões buscando economias e as avaliações que estão sendo feitas nos setores a fim de corrigi-los para buscar a futura acreditação.
Inovação comportamental	Motivação da inovação	<ul style="list-style-type: none"> - Motivação de novas ideias por meio de reunião de gestores e reunião do planejamento estratégico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivação das novas ideias por meio de reunião de gestores e reunião do planejamento estratégico; - Reuniões para busca de ideias originais e inovadoras quando ocorrem incertezas.
Inovação Estratégica	Rotinas de estrutura organizacional para inovação	<ul style="list-style-type: none"> - A busca e implementação da inovação não é realizada por um departamento específico, todos os setores colaboram, com a Direção que norteia o hospital. - As necessidades de mudanças são percebidas nos indicadores do hospital e na pesquisa de satisfação. 	<ul style="list-style-type: none"> - A busca e implementação da inovação não é realizada por um departamento específico, todos os setores colaboram.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2017).

Analisando o Quadro 25, percebe-se que as rotinas e os processos identificados nos hospitais Beta e Gama são semelhantes. Ambas as organizações utilizam praticamente as mesmas rotinas de marketing para divulgar seus serviços, diferenciando-se apenas com relação às mídias sociais, que são utilizadas somente pelo Hospital Gama, embora o Beta perceba sua necessidade e pretende adotá-las em breve. Os hospitais também não realizam pesquisa de mercado.

Quanto às rotinas de desenvolvimento de novos projetos, serviços e processos, as organizações estudadas não têm uma frequência para realizá-las e desenvolvem-nas conforme a necessidade, oportunidade e disponibilidade de recursos, não se constituindo em uma rotina, conforme exposto por Costa (2013). No entanto, percebe-se que os processos têm uma periodicidade de avaliação, de acordo com as atualizações das normas, e para atender a acreditação hospitalar no caso do Hospital Beta. O Hospital Gama também manifestou que está realizando esses ajustes nos processos periodicamente e criando novos, visando adequar-se para, posteriormente, iniciar o processo de acreditação.

Com relação às rotinas de projetos-piloto, ambos os hospitais apresentam essa prática nos setores assistenciais quando realizam alguma mudança nos processos e novos serviços, antes de replicar para todo o hospital, corroborando o estudo de Camargo (2012). Quanto à estrutura organizacional para inovação, tanto no Hospital Gama quanto no Hospital Beta não existe um setor específico para busca e implementação de mudanças, as quais podem ser realizadas por todos os setores, demonstrando uma gestão descentralizada, que favorece a inovação, em consonância com a rotina de busca e inovação proposta por Costa (2013).

Além disso, as duas organizações apresentam rotinas de motivação da inovação por meio de reuniões entre setores e reunião do planejamento estratégico. E ambas veem a necessidade de implantação de um mecanismo que consiga captar as ideias de todos os colaboradores, não somente em nível de lideranças. O Hospital Gama destaca-se na identificação de reuniões em períodos de incerteza, buscando ideias originais e inovadoras para sair daquela situação.

Por fim, com relação às rotinas de avaliação das necessidades de mudanças, ambos os hospitais avaliam periodicamente na busca de novas tecnologias. O Hospital Beta destaca-se na questão de ficar atenta ao surgimento de novas doenças, preparando-se para atender as estimativas de aumento do número de pessoas com câncer e avaliando as necessidades de mudanças em seus processos e análises de riscos para atender as normas da acreditação.

No Hospital Gama, destaca-se a adequação a novos pacotes para atender os convênios, buscando economias e também buscando reavaliar e readequar seus processos para uma

futura busca pela acreditação. Essas características demonstram melhorias constantes nos processos dos dois hospitais, em consonância com Wang e Ahmed (2004), constituindo-se, portanto, em rotinas alinhadas com Camargo (2012).

4.4.3 Mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento da capacidade de inovação

A partir dos fundamentos teóricos abordados neste estudo, identificaram-se mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento presentes nas organizações estudadas, que sustentam sua capacidade de inovação. Buscou-se identificar mecanismos presentes em cada componente da capacidade de inovação organizacional propostos por Wang e Ahmed (2004), com base nas categorias para mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento das dimensões da capacidade de inovação. Isso está definido no Quadro 17 (p. 76) – Categorias para mecanismos de governança do conhecimento das dimensões da capacidade de inovação (WANG; AHMED, 2004; LIAO; FEI; CHEN, 2007; CAMARGO, 2012).

4.4.3.1 Inovação em serviços

Nesta seção, descrevem-se e analisam-se as evidências de mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento, identificadas nos hospitais que dão sustentação à inovação em seus serviços. As evidências foram analisadas a partir dos conceitos de Wang e Ahmed (2004) e Camargo (2012). Nessa dimensão foram caracterizados os mecanismos de controle (desempenho, qualidade e pesquisa de satisfação de clientes).

a) Mecanismos de controle (desempenho, qualidade e pesquisa de satisfação de clientes)

Os mecanismos de controle são utilizados para que as organizações possam mensurar a taxa de sucesso de seus produtos/serviços com relação aos seus concorrentes (WANG; AHMED, 2004). Os mecanismos de controle analisados basearam-se no estudo de Camargo (2012): controle de desempenho, controle de qualidade e pesquisa de satisfação dos clientes.

O mecanismo de controle de desempenho, de acordo com Camargo (2012), refere-se ao monitoramento de desempenho das vendas de serviços. Quanto à qualidade, verifica-se os serviços prestados estão adequados aos padrões da empresa. Quando questionados sobre esse

mecanismo no Hospital Beta, os gestores comentam que não há um indicador específico e utilizam alguns indicadores publicados nos principais hospitais do Brasil para comparar e saber como está sua situação no mercado.

Outro indicador que o Hospital Beta utiliza como referência para saber como está em relação aos concorrentes é um indicador publicado anualmente pela revista Qualidata, que o classificou, na última pesquisa, em quinto lugar em relação aos hospitais mais preferidos no Estado e em quinto lugar das marcas mais lembradas. Os relatos evidenciam tal constatação:

A gente não tem esse indicador específico, **a gente se compara, faz um benchmarking com outras instituições**, eu até fiz agora, eu não tenho aqui, mas ontem a noite eu estava olhando uma revista e até anotei eu ia trazer aqui para o pessoal para dar uma olhada, eu peguei assim, os principais hospitais do Brasil em 2015, a performance deles em várias áreas, então eu olhando ali, no meu conhecimento, eu digo, nós não estamos fora, entende, na área de pessoas, na área econômica, na área de processos, na área de TI, então várias áreas, na área da assistência, na área da enfermagem, na segurança do paciente, nos indicadores de segurança do paciente. Então nós temos essa comparação, essa revista hospitalar que foi publicada, saiu agora com a variação dos hospitais, numa pesquisa que fizeram, nós não entramos nessa pesquisa, então eu até, olhando assim por cima, digo nós não estamos fora disso aqui, então até vou trazer pra nossa equipe aqui botar as nossas informações no paralelo e verificar naquela curva onde nós estamos, a gente faz mais ou menos uma coisa assim. Anualmente os hospitais principais publicam seus balanços e a gente recorta, a gente tem acesso as publicações e aí a equipe econômica nossa ela **compara nossa performance com a dos outros hospitais, a nível econômico**. Agora, a gente sabe, na pesquisa de satisfação por exemplo, e de preferência, o ano passado nós ficamos em quarto lugar na preferência no Estado, a Revista Jornal do Comércio, eles fazem anualmente, então eles fazem essas pesquisa, são várias cidades que eles pesquisam, se você tivesse que internar, qual é o hospital que você gostaria de internar, nós ficamos em quarto lugar no Estado, e quando pensa em hospital qual é o hospital que você lembra, nós ficamos em quinto lugar, essa pesquisa é feita todo ano, o ano retrasado nós ficamos em quinto lugar no mais lembrado, nós não ficamos no de preferência, e essa última agora nós ficamos no preferido e no lembrado, então isso é uma importância pra nós. A Revista é Marcas de quem Decide, realizada pela Qualidata. Então nós **ficamos nessa preferência** [...] aqui são todos que foram publicados, Guerdao, RBS, então isso aqui eles fazem de todas as marcas, então isso aqui é importante, nós damos valor, é um indicador (Entrevistado P1).

Externa a gente, por exemplo, tá no Top of Mine como **quinto melhor, o mais preferido, e o mais lembrado, do estado inteiro**, isso pra nós é uma medalha de ouro, né, no interior do Estado, em todo o Rio Grande do Sul. Foi feito essa pesquisa, então pra nós é um balizador, ou seja, uma referência, esse quinto lugar no Top of mine pra nós já é muito bom, porque nós temos Moinhos, Santa Casa, Mãe de Deus, tem muitos, esses são Porto Alegre, e a gente está em todo Estado em quinto, então essa ferramenta pra nós é uma referência (Entrevistada P3).

Além disso, pode-se perceber o nível de qualidade do hospital pela própria adesão e indicação do hospital pelos próprios médicos. e então, esse também é um mecanismo de controle com relação aos serviços prestados, conforme explica a gestora entrevistada P2:

Eu acho que mais em cima do nível **de satisfação e da adesão**, da adesão principalmente da área médica, porque normalmente se tu vai no médico e ele te pede um exame, tu perguntas faço aonde, se ele disser faça no Hospital Beta é porque ele está gostando do resultado do exame daqui, digamos, então os **médicos que nos encaminham e o próprio cliente** que nos respondem é quem nos diz como e que está (Entrevistada P2).

O Hospital Beta também utiliza o mecanismo da pesquisa de satisfação e, como já foram apresentadas nas categorias anteriores, é um importante mecanismo para saber a opinião dos clientes com relação aos serviços prestados, as instalações dos quartos, se eles estão satisfeitos com o serviço que estão recebendo. A gestora entrevistada P3 afirma:

Tem a pesquisa de satisfação interna é feita pelo hospital, que daí sim consegue ter a percepção de setor por setor de algumas perguntas relativa ao nosso serviço (Entrevistada P3).

No Hospital Gama, o controle de desempenho dos serviços prestados é monitorado pelos indicadores internos, como taxa de ocupação e de permanência. Outro indicador que o hospital utiliza para verificar sua taxa de sucesso é com relação à procura dos clientes pelo hospital, que são indicados pelos próprios médicos, em função da qualidade dos serviços prestados. Os relatos a seguir demonstram tais evidências:

A gente tem um controle interno, por exemplo, **uma nova unidade de ocupação, de taxa de permanência**, então são os nossos indicadores internos (Entrevistada P5).

Eu acho que a própria taxa de sucesso é a **procura dos próprios clientes**, então aí tu vai medir teve bastante procura, por exemplo, um novo exame, uma tecnologia para um novo exame, um novo aparelho de tomografia, de ultrassom, tudo isso que é adquirido, acho que a procura com que os paciente vão vir até nós, isso é **indicado pelos clientes internos, que são os médicos**, eles vão ver a resolução de um exame, deu um bom diagnóstico, eu consigo ver através desse novo aparelho que foi adquirido, então acho que essa própria taxa de sucesso é medida através disso, satisfiz todas as expectativas, tanto dos clientes internos quanto dos externos (Entrevistada P6).

Eu penso que isso deve ser percebido pra nós aqui, talvez pelo **número de pessoas que passam a nos procurar**, porque um outro tipo de feedback assim, a pesquisa de satisfação ela está muito aliada aos processos de internação, a qualidade do serviço, o processo digamos assim, qual foi a satisfação no momento de usufruir daquele serviço (Entrevistada P10)

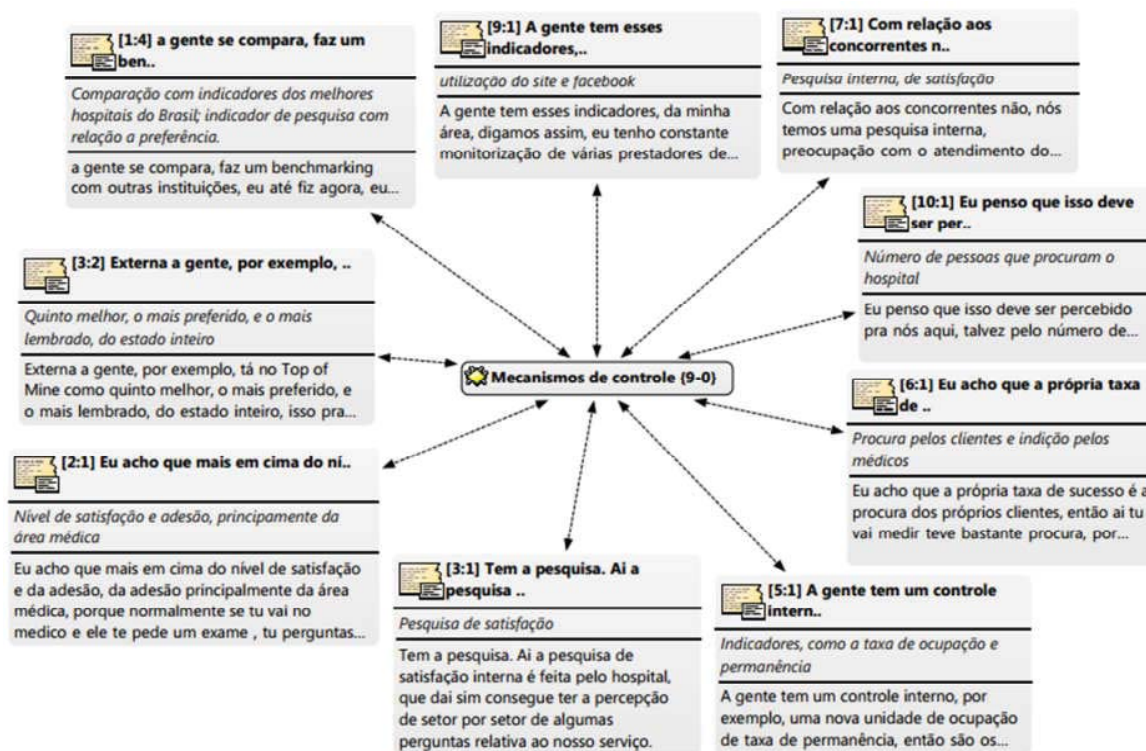
Assim como no Hospital Beta, o Hospital Gama também utilizada a pesquisa de satisfação para saber como está o nível do serviço prestado, bem como as instalações dos quartos e o que deve ser melhorado, conforme relatos já apresentados em categorias anteriores. Além disso, outra forma utilizada para avaliar a satisfação dos clientes e medir como está a imagem e aceitação de mercado são o site e o Facebook. Seguem relatos evidenciando tais constatações:

Com relação aos concorrentes não, **nós temos uma pesquisa interna**, preocupação com o atendimento do paciente, para mensurar o atendimento do paciente (Entrevistado P7).

A gente tem esses indicadores, da minha área, digamos assim, eu tenho constante monitorização de várias prestadores de serviços, não só daqui, mas também fora daqui pra gente estabelecer um parâmetro, e também costuma medir como esta nossa imagem, a aceitação no mercado a partir dessa análise, geralmente as ferramentas que a gente tem no próprio **site, no próprio Facebook**, elas possibilitam para gente essa mensuração (Entrevistada P9).

Na Figura 51 é apresentada uma síntese dos relatos utilizados para análise dessa categoria.

Figura 51 – Inovação em serviços – mecanismos de controle



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Entende-se, portanto, que ambos os hospitais utilizam mecanismos de controle, buscando verificar como seus serviços estão com relação ao mercado e à concorrência, demonstrando a presença de mecanismos que sustentam a capacidade de inovação em serviços, em consonância com Wang e Ahmed (2004) e Camargo (2012).

4.4.3.2 Inovação de Mercado

Nesta seção, descrevem-se e analisam-se as evidências de mecanismos identificados nos hospitais referentes à adoção de novas alternativas e programas de marketing, com o objetivo de promover os produtos e serviços existentes, assim como os novos, conduzindo à inovação de mercado (WANG; AHMED, 2004).

As evidências foram analisadas a partir dos conceitos de Wang e Ahmed (2004) e Camargo (2012). Os mecanismos caracterizados nessa dimensão foram mecanismos de interação com o cliente e pesquisas de mercado e adoção de novos programas de marketing.

a) Mecanismos de interação com o cliente e pesquisas de mercado

Os mecanismos de interação com o cliente, de acordo com Camargo (2012), ocorrem quando os colaboradores da própria organização interagem com os clientes e obtêm informações a respeito das suas percepções.

Nos hospitais estudados, esse mecanismo é realizado através da pesquisa de satisfação, que também se caracteriza como uma rotina, na qual os clientes podem avaliar os serviços prestados, dar seus *feedbacks*, opinar sobre o que tem que ser melhorado, e essa avaliação é feita, implementando-se o que há possibilidade. Os relatos referentes à pesquisa de satisfação¹⁷ já foram apresentados em outras categorias e, portanto, não serão repetidos.

Quanto à pesquisa de mercado, como mecanismo de inovação, é utilizada para avaliar as necessidades de novos serviços e novas tecnologias que podem ser implementadas nas organizações, com objetivo de estar na frente da concorrência.

Ambos os hospitais não realizam pesquisas de mercado, mas ficam atentos às novas tecnologias, novos produtos, através de suas pesquisas. O Hospital Beta realiza pesquisa na área da epidemiologia para saber como estão as perspectivas futuras em relação ao surgimento de novas doenças e avalia as novas tecnologias constantemente, por meio do próprio benchmarking com outros hospitais. Assim, busca inovar em tecnologia de ponta e ser pioneiro na região em novos serviços e tecnologias, embora a área de marketing reconheça a importância da realização de pesquisa de mercado, além das outras ferramentas. O Hospital Gama busca e estuda novas tecnologias e novos serviços por meio da comissão de Tecnovigilância para avaliar as possibilidades de implantação. Os relatos referentes a esses mecanismos também já foram apresentados em outras categorias.

¹⁷ Os relatos foram apresentados na categoria “rotinas de busca de informações externas”, item “d” da seção 4.3.2.1 – Dimensão aquisição.

b) Adoção de novos programas de marketing

Para Wang e Ahmed (2004), a inovação de mercado também está relacionada à adoção de novos programas de marketing para promover produtos e serviços que a empresa tem ou novos que adquira. Nesse sentido, esses mecanismos serão identificados e analisados com base nos autores.

Quando questionados os gestores de ambos os hospitais sobre as organizações adotarem programas de marketing para promover seus serviços, os gestores responderam que não há programas específicos e que utilizam meios para divulgação, como rádio, jornal, site, revista, televisão, esta última com menos intensidade em função dos custos muito elevados.

Além disso, o Hospital Gama trabalha forte com as mídias sociais, que é um mecanismo que atinge muito o público, pois um grande público tem acesso. O Hospital Beta, por sua vez, ainda não trabalha com mecanismos de mídias sociais, mas a gestora de marketing relata a falta deles e, em função de não ter custos e atingir milhares de pessoas, esse mecanismo será implantado pelo hospital.

O Hospital Beta e o Hospital Gama também promovem e participam de feiras hospitalares que, na opinião dos gestores, podem ser considerados mecanismos mais revolucionários de marketing.

Os relatos referentes a esse mecanismo já foram apresentados na categoria de rotinas de marketing¹⁸, portanto não serão repetidos.

4.4.3.3 Inovação de processo

Nesta seção descrevem-se e analisam-se os mecanismos que sustentam a adoção de novos métodos para realização de processos e serviços e novas tecnologias que podem ser usadas para melhorar os processos de gestão e serviços, conduzindo ao desenvolvimento da inovação de processos (WANG; AHMED, 2004). A modificação em um processo ou um novo processo em uma etapa pode oferecer um processo inovador (LIAO; FEI; CHEN, 2007). Nessa dimensão foi caracterizado o mecanismo de suporte técnico, analisado a partir dos conceitos de Liao, Fei e Chen (2007) e Camargo (2012).

¹⁸ Os relatos foram apresentados na categoria “rotinas de marketing”, item “a” da seção 4.4.2.2 – Inovação de mercado.

a) Mecanismo de suporte técnico

Camargo (2012) identificou, em seu estudo, o mecanismo de suporte técnico como um importante fator para a existência de capacidades dinâmicas. Esse mecanismo refere-se à utilização de suporte técnico para auxiliar a organização na realização de mudanças em seus processos de realização de serviços (LIAO; FEI; CHEN, 2007; CAMARGO, 2012).

No Hospital Beta esse mecanismo é visualizado na questão da contratação da Consultoria Don Cabral, necessária para modernizar seu processo de gestão. O suporte dessa consultoria auxiliou a organização na renovação do planejamento estratégico, adoção de planos de ação, para atender as metas dos indicadores, adoção de reuniões mensais que até então não tinha uma frequência. Dessa forma, a consultoria pode ser entendida como um suporte técnico para auxiliar a empresa na implantação de novos processos de gestão e melhoria nos atuais. O gestor entrevistado P1 explica essas mudanças a partir do suporte técnico da Fundação Don Cabral:

[...] **Fundação Don Cabral** veio pra cá, nós contratamos ela e ela ficou nos ajudando no sentido de formação dos nossos assessores, são planos de desenvolvimento, eles chamam o PAEX, que é um **Plano de Desenvolvimento para Executivos**, e aí passou por uma **renovação do planejamento estratégico**, atualização, hoje nós trabalhamos diretamente com os planos de ações e indicadores do BSC, com reuniões de avaliação mensal [...] onde cada grupo avalia todos os indicadores de gestão, o que não está sendo cumprido, as falhas, se faz as fichas – FCA, Fator, Causa, Ação, e aí você tem que ver, porque eu não atingi aquele indicador, não foi cumprido, qual é a causa, qual é a ação que eu vou desenvolver, roda o PDCA de novo e aí você consegue tentar ver e aproximar as necessidades que você tem para manter o equilíbrio econômico, atingir o mercado [...]. Os nossos principais dirigentes passaram por esse processo, foram um ano de formação com a equipe da Fundação Don Cabral, então nós tivemos 16 pessoas que tiveram essa formação [...] (Entrevistado P1).

Outra forma de visualizar o mecanismo do suporte técnico no Hospital Beta é com relação à adequação de todos os processos da organização para atender as normas da acreditação. Esse trabalho está sendo efetuado por um gestor do hospital que gerencia todas essas mudanças e também pode ser considerado um suporte técnico.

[...] está sendo revisto tudo dentro dessa metodologia e para que os processos fiquem visíveis e sejam efetivamente implementados, até porque na certificação, qualquer pessoa que for questionada sobre o processo ela tem que saber como é que funciona, não o gestor, nós sabemos isso. Então está formalizando através da **gestão de processos**, então é uma mudança grande que o hospital passa também, e tem muitas vantagens [...] (Entrevistado P4)

No Hospital Gama, o mecanismo de suporte técnico ocorre com relação ao setor da engenharia. O hospital tem um gestor de engenharia terceirizado, que é responsável pela

implementação de novos equipamentos e procedimentos com relação a novas tecnologias, inclusive com relação a treinamentos continuados para médicos, enfermeiros, auxiliares, todos os que tiverem contato com os novos equipamentos e tecnologias implementadas no hospital. Além disso, esse gestor coordena a comissão de Tecnovigilância e, por meio dela, também são realizados esses suportes.

Sim, tem a própria engenharia do hospital, nós temos um **setor de engenharia que da suporte** com relação aos novos procedimento, novos equipamentos quando necessário (Entrevistado P7).

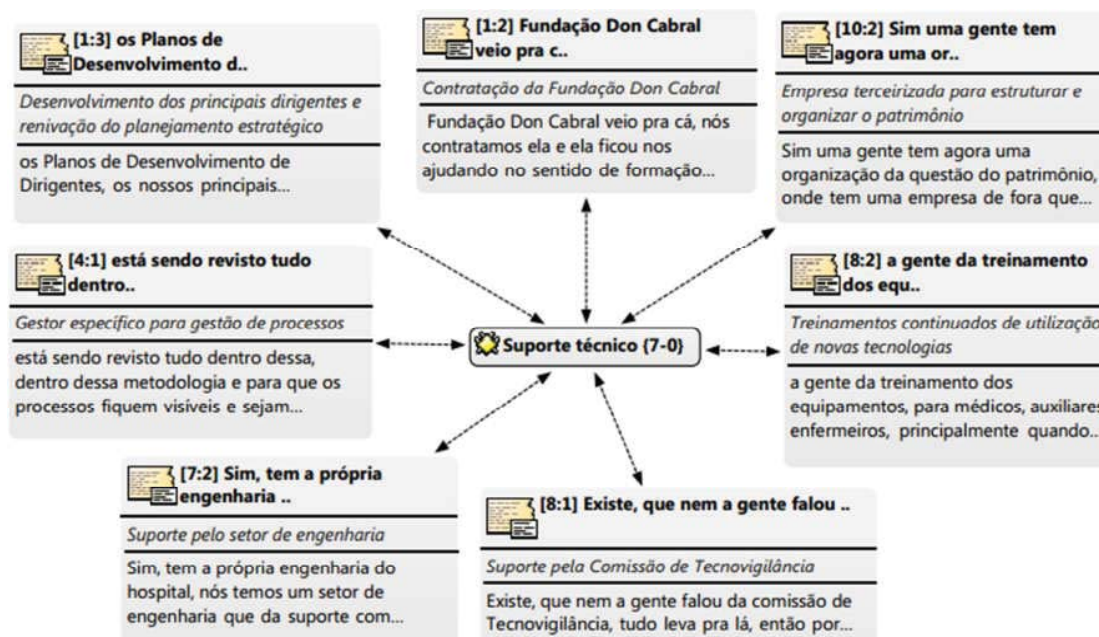
Existe, que nem a gente falou da **comissão de Tecnovigilância**, tudo leva pra lá, então, por exemplo, se tem alguma coisa nova para ser feita a gente trata nessa comissão e daí é desenvolvido ou não, então é uma questão inovadora, imagino eu, é diferente de alguns outros hospitais, geralmente nos hospitais vem um fornecedor lá, fala tal coisa e é comprado. Aqui não, passa por um crivo, assim, por todo mundo, é avaliado tudo, é avaliado preço, pós venda e tudo mais. [...] A gente dá **treinamento dos equipamentos, para médicos, auxiliares, enfermeiros, principalmente quando são tecnologias novas**. Daí a gente auxilia no aprendizado do equipamento, e quando não é possível a gente faz o meio de campo trazendo fornecedor para ele dar o treinamento, se é uma coisa mais técnica que a gente não consegue dar suporte por aqui, então ele é chamado para dar esse treinamento. Então **esses treinamentos são continuados** [...] (Entrevistado P8).

Além disso, outra evidência referente a esse mecanismo é a contratação de uma empresa terceirizada para organizar e estruturar a questão do patrimônio do hospital, conforme relatado pela entrevistada P10:

Sim uma gente tem agora uma organização da questão do patrimônio, onde tem uma **empresa de fora que está participando dessa organização** pra enfim, essa questão do patrimônio é toda uma estrutura que precisa ter para se contabilizar e organizar tudo isso. Ai teve **uma contratação de uma pessoa da instituição para estar acompanhando** e ai tem uma empresa que está fazendo isso, eu acho que é um exemplo de um apoio externo que vem para contribuir (Entrevistada P10).

Na Figura 52 pode-se verificar uma síntese das citações relatadas, que foram utilizadas para análise dessa categoria.

Figura 52 – Inovação de processo – mecanismo de suporte técnico



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Percebe-se, a partir do que foi apresentado, que os hospitais estudados apresentam bons mecanismos de suporte técnico para auxiliá-los nas mudanças em seus processos e mudanças nos processos de realização de serviços, conforme Liao, Fei e Chen (2007) e Camargo (2012).

4.4.3.4 Inovação comportamental

Nesta seção, descrevem-se e analisam-se as evidências de mecanismos identificadas na organização, as quais suportam a formação de uma cultura de inovação e receptividade a novas ideias (WANG; AHMED, 2004). O mecanismo caracterizado nessa dimensão foi o de sinergia do grupo, analisado a partir dos conceitos de Wang e Ahmed (2004).

a) Sinergia do grupo

A sinergia do grupo dentro da organização refere-se à adaptabilidade da equipe com relação às mudanças (WANG; AHMED, 2004), ou seja, são os debates realizados dentro da equipe para implementar tais mudanças.

Esse mecanismo é percebido nos hospitais estudados com relação as suas comissões, que são grupos de pessoas que se reúnem para tratar de determinado assunto. No caso do

Hospital Beta, não foi citada nenhuma comissão em específico para tratar de implementação de mudanças e, dessa forma, entende-se que elas são tratadas entre os gestores nas reuniões mensais de análise de indicadores, as chamadas AGM. De acordo com o gestor Entrevistado P1, as mudanças são avaliadas por indicadores:

[...] as mudanças são avaliadas por indicadores, então tem o setor de controladoria, que ele avalia e recolhe esses indicadores, e avalia e aí repassa para os stakeholders que são envolvidos naquele indicador para que tome as providências [...] (HS1).

Além disso, o gestor entrevistado P4 também comenta que os setores envolvidos trabalham nessas mudanças e não é somente o diretor que decide, todos trabalham nisso:

[...] e as partes envolvidas sempre estão trabalhando nisso, se vai abrir um novo serviço, **as partes envolvidas, a enfermagem, vão participar**, sempre a mesma coisa, na aquisição da unidade dois ali, nos passamos vários dias, cada um em sua área tentando entender como é que a empresa funcionava, como é que deve funcionar, quais são as nossas expectativas, as possibilidades de obter os resultados e isso não foi só Diretoria que decidiu [...] (Entrevistado P4).

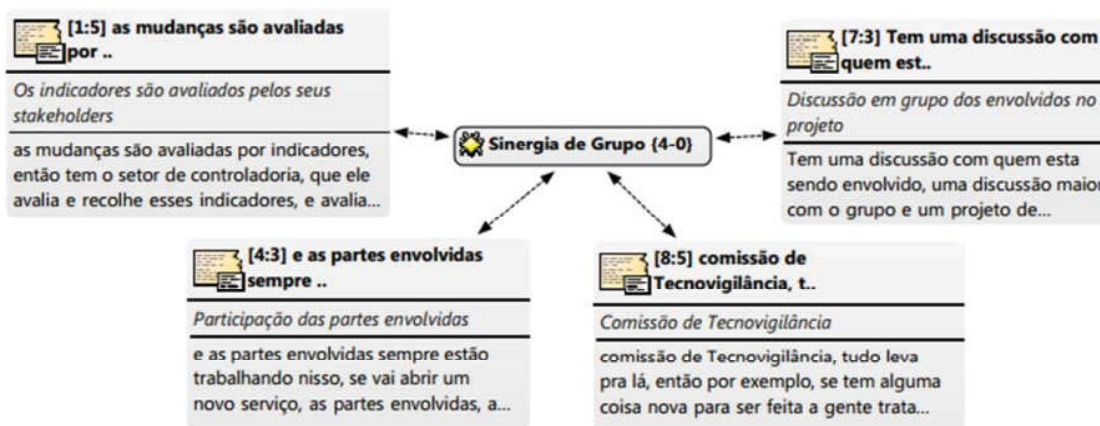
No Hospital Gama, o debate para implementação de mudança ocorre no grupo que faz parte da comissão de Tecnovigilância, conforme relato do gestor entrevistado P8, responsável por essa comissão:

Comissão de Tecnovigilância, tudo leva pra lá, então, por exemplo, se tem alguma coisa nova para ser feita a gente trata nessa comissão e daí é desenvolvido ou não, então é uma questão inovadora, imagino eu, é diferente de alguns outros hospitais [...] (Entrevistado P8).

O gestor entrevistado P7 também comenta como funcionam esses debates: “Tem uma discussão com quem está sendo envolvido, uma discussão maior com o grupo e um projeto de implantação, se faz um plano de negócio, tentando ver se há viabilidade econômica financeira pra depois implementar”(Entrevistado P7).

Na Figura 53 pode-se verificar uma síntese dos relatos utilizados para análise dessa categoria.

Figura 53 – Inovação comportamental – sinergia do grupo



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Dessa forma, entende-se que existe a sinergia entre grupos específicos que se reúnem para tratar da implementação da mudança em ambos os hospitais, embora no Hospital Gama mostre-se mais forte, visto que há uma comissão específica para este fim.

4.4.3.5 Inovação Estratégica

Nesta seção descrevem-se e analisam-se as evidências de mecanismos de aprendizagem identificados nas organizações estudadas, as quais sustentam a busca de oportunidades externas e a capacidade interna de fornecer serviços inovadores (WANG; AHMED, 2004). Os mecanismos caracterizados nessa dimensão foram experimentação e aprendizado prático, analisados a partir dos conceitos de Wang e Ahmed (2004) e Camargo (2012).

a) Experimentação e aprendizado prático

Os mecanismos de experimentação e aprendizado prático foram detectados no estudo de Camargo (2012) como mecanismos de aprendizagem que suportam a existência de capacidades dinâmicas. A experimentação consiste na busca de aprendizado voltado para o desenvolvimento e a implantação de novos serviços e tecnologias que fazem parte da organização (CAMARGO, 2012).

Nesse sentido, quando questionado nos hospitais estudados sobre como ocorre o processo de implementação de novas ideias e se existe algum procedimento padrão de aprendizagem antes de incorporá-las, alguns gestores responderam que realizam projeto-

piloto¹⁹, que é o caso dos setores assistenciais tanto do Hospital Beta quanto do Hospital Gama, conforme já abordado nas rotinas da dimensão de aplicação da ACAP.

No Hospital Beta, os demais gestores relatam que não há um procedimento específico para implantação da mudança, porque tudo é estudado e analisado anteriormente. A gestora entrevistada P3 concorda que na área médica é necessário realizar procedimentos de experimentação. Seguem evidências empíricas com relação a esses fatos:

Nesses anos todos poucas coisas que foram decididas e implementadas não deram certo, um pouco isso, que é o que me ocorre a lembrar, porque na verdade tudo é bastante pensado, **projetado avaliado, se economicamente é viável, se tecnicamente, é um modismo**, se é realmente uma tendência de mercado [...] (Entrevistado P4).

Depende do quê, a **parte médica sim** (são realizados procedimentos de aprendizagem), tem que ser, mas outras coisas é uma experiência assim, sabe, e claro que, com certeza, é tudo pensado antes, né. Não existe, ah! vamos testar ali em 10 pessoas. Não, é feito prática já, **estudo isso e vai para a prática** (Entrevistada P3).

No Hospital Gama, os gestores comentam que as mudanças são avaliadas antes de serem implementadas e são realizados treinamentos para as áreas se adaptarem antes de iniciar sua operacionalização e, dessa forma, entende-se que ocorra o processo de aprendizagem. Além disso, a maioria dos gestores comenta que os novos serviços e novas tecnologias que são implementadas na organização seguem normas e regulamentos específicos. Os relatos demonstram tal constatação:

Bem quando tem alguma mudança a primeira parte é mapear né, levantar toda a questão da mudança se ela é viável dentro da instituição, a partir dali, **estabelecido ou em POP ou em protocolo, é realizado o treinamento de todas as pessoas** que vão ser envolvidas nessa mudança e a partir dali a gente inicia com a operacionalização e avaliação depois dessa implantação, se está sendo efetivo, se tem que ser alterado ou adaptado (Entrevistada P5).

Na verdade se nós formos implementar um novo serviço, tem que ser através de **Normas regulamentadoras**, todos eles, tem que procurar as Normas regulamentadoras, as vezes até ali no Tecnovigilância, ou seja, tudo envolve várias coisas, Normas, então depende de cada Norma (Entrevistada P6).

Na verdade a gente segue **algumas normas**, por exemplo, se tu vai montar um setor novo, você tem que basear na RDC50 que é pra serviços hospitalar [...] tem as RDCs, cada setor tem uma RDC específica, por exemplo, a esterilização tem uma RDC, pra CTI tem uma RDC, e tem uma geral que é a RDC 50, que é para estruturas. Então diz lá como é o tamanho da sala, como tem que ter uma pia, então você só segue e monta o serviço. Esse serviço obviamente tem que ser **aprovado**

¹⁹ Os relatos foram apresentados na categoria de “rotinas de desenvolvimento de novos processos e serviços e projeto-piloto”, item “a” da seção 4.3.2.4 – Dimensão aplicação.

pela vigilância sanitária, pra isso é encaminhado a Porto Alegre o projeto é aprovado lá, depois volta e é executado, você tem que ter um número mínimo de funcionários [...] (Entrevistado P8).

Nos setores é feito (processo de aprendizagem) isso e a gente sempre faz e isso é periódico. É tudo registrado e anotado o nome das pessoas que receberam treinamento tudo, **é um treinamento continuado**, vai reciclando o pessoal (Entrevistado P8).

Aquele exemplo que eu te dei antes da identificação, porque que foi para o núcleo de segurança do paciente, eles organizaram, fizeram uma experiência na emergência, da emergência eles passaram para o restante, eles provavelmente, como eu não faço parte do grupo, eles devem avaliar, ver se isso está ok, se não está, se está efetivado, se não está, se precisa ainda organizar alguma coisa, mas eu lembro desse exemplo porque isso foi aos poucos mobilizando toda instituição a **informação, todo o conhecimento que precisava para que isso acontecesse** (Entrevistada P10).

Quanto ao mecanismo de aprendizado prático, para Camargo (2012), ocorre quando alguém é encarregado de aprender sobre um serviço ou processo antes de realizar outras iniciativas. Esses casos de aprendizado prático foram notados tanto em um exemplo do Hospital Beta quanto do Hospital Gama na implementação de novos serviços e processos.

No Hospital Beta, a gestora entrevistada P2 comenta sobre um novo serviço de transplante de medula óssea que está sendo implantado, para o qual será necessário que um colaborador aprenda como funciona, na prática, em outros hospitais, para posterior implantação. Ela esclarece:

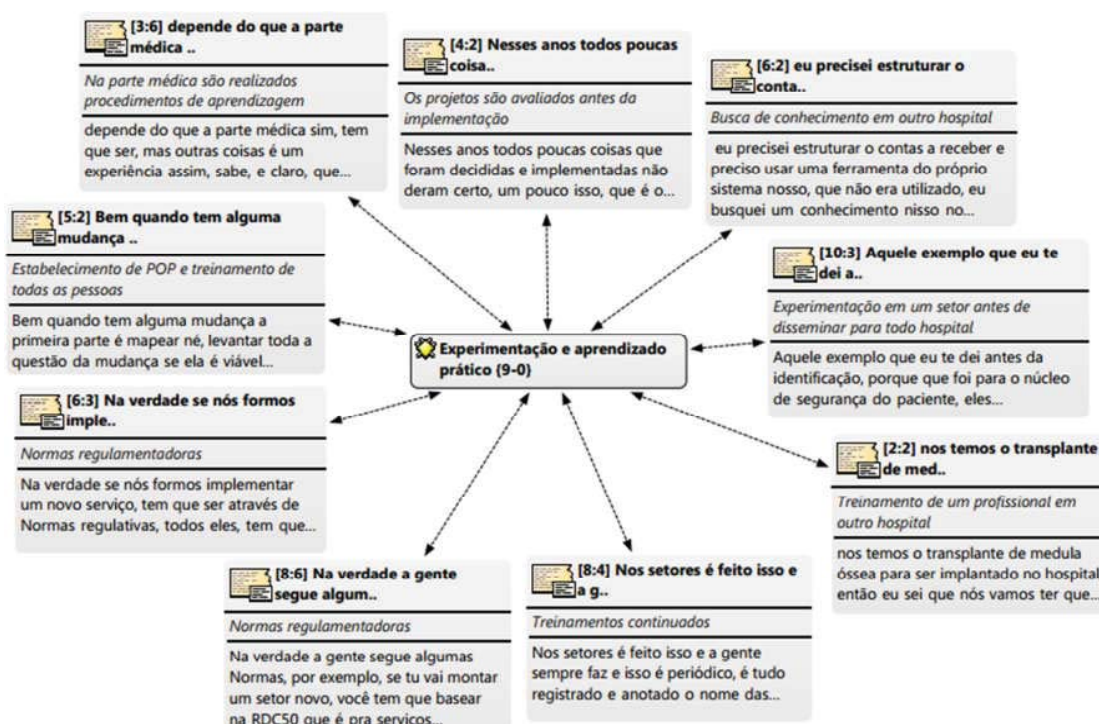
[...] nós temos o transplante de medula óssea para ser implantado no hospital, então eu sei que nós vamos ter que **fazer seis meses de treinamento de um profissional fora daqui**, então a gente está procurando qual o hospital que apresenta um programa de ponta para nós mandarmos o nosso enfermeiro fazer treinamento lá (Entrevistada P2)

No Hospital Gama, um exemplo claro foi a implantação do setor de contas a receber que a gestora entrevistada P6 relata sobre o aprendizado prático em outro hospital:

[...] eu precisei estruturar o contas a receber e preciso usar uma ferramenta do próprio sistema nosso, que não era utilizado, **eu busquei um conhecimento nisso no hospital em Porto Alegre**, a gente foi lá e verificou como eles tratam essa maneira lá e a gente trouxe pra cá esse conhecimento para gente começar a implantar ele para que comece a fluir (Entrevistada P6)

Na Figura 54 pode-se verificar uma síntese dos relatos utilizados para análise dessa categoria.

Figura 54 – Inovação estratégica – experimentação e aprendizado prático



Fonte: Elaborado pela autora com Atlas TI 7 (2017).

Com base nos depoimentos, entende-se que para os setores assistenciais de Enfermagem e a parte da Medicina existem procedimentos de aprendizagem e projetos-piloto em um setor específico antes de implementar determinada mudança ou um novo serviço em todo o hospital.

Quanto às mudanças nas áreas estratégicas, os gestores de ambos os hospitais comentam que tudo é bem analisado e estudado anteriormente e após é realizada a implantação. Porém, no Hospital Gama os gestores comentam que, após a implantação de novos serviços ou processos, ou mudanças nos atuais, são realizados treinamentos para as pessoas envolvidas naquelas mudanças, enquanto que no Hospital Beta essa prática não é relatada. O Hospital Gama também relata que todas as mudanças seguem normas específicas.

No entanto, entende-se que ambos seguem as normas, que são obrigatórias para implementação de novos serviços, e realizam procedimentos de experimentação quando se trata da área mais de prestação de serviços, mas quando se trata de decisões e mudanças estratégicas esses procedimentos são realizados apenas quando forem necessários.

Entende-se, portanto, que ambos os hospitais apresentam mecanismos de experimentação e de aprendizado prático em consonância com o estudo de Camargo (2012) e esses mecanismos sustentam a inovação estratégica em linha com Wang e Ahmed (2004).

4.4.3.6 Sistematização dos elementos que caracterizam os mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento da capacidade de inovação

A partir da análise das categorias, com base nos dados empíricos coletados, foram identificados mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento em todas as dimensões da capacidade de inovação propostas por Wang e Ahmed (2004). Entende-se que eles suportam a capacidade de inovação das organizações estudadas.

O Quadro 26 apresenta uma síntese dos mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento identificados no Hospital Beta e Hospital Gama que sustentam o desenvolvimento da capacidade de inovação.

Quadro 26 – Sistematização dos resultados de mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento da capacidade de inovação

MECANISMOS DE APRENDIZAGEM E GOVERNANÇA DO CONHECIMENTO DAS DIMENSÕES DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO			
Dimensões	Categorias	Hospital Beta	Hospital Gama
Inovação em serviços	Mecanismos de controle (desempenho; pesquisas de qualidade; pesquisas de satisfação de clientes)	<ul style="list-style-type: none"> - Comparações com indicadores publicados dos principais hospitais do Brasil; - Avalia a imagem e aceitação do hospital através do indicador publicado anualmente pela Qualidata, está em 4º lugar na preferência e 5º nos mais lembrados; - Avalia o nível de qualidade pela adesão e indicação do hospital pelos médicos e pelos índices da pesquisa de satisfação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicadores internos para controle de desempenho: taxa de ocupação e taxa de permanência; - Avalia o nível de qualidade pela adesão e indicação do hospital pelos médicos e pelos índices da pesquisa de satisfação. - Avalia a imagem do hospital e a aceitação por meio das mídias sociais: site e Facebook.
	Interação com o cliente, pesquisas de mercado.	<ul style="list-style-type: none"> - Interage com o cliente através da pesquisa de satisfação, onde os clientes avaliam o serviço prestado e dão seu <i>feedback</i> com sugestões. - Não realiza pesquisa de mercado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interage com o cliente através da pesquisa de satisfação, onde os clientes avaliam o serviço prestado e dão seu <i>feedback</i> com sugestões; - Não realiza pesquisa de mercado.
Inovação de mercado	Adoção de novos programas de marketing	<ul style="list-style-type: none"> - Divulga os serviços por meio de rádio, jornal, site, revistas e televisão; - Participa e promove feiras hospitalares com objetivo de divulgar seus serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> - Divulga os serviços por meio de rádio, jornal, site, revistas e televisão; - Participa e promove feiras hospitalares com objetivo de divulgar seus serviços; - Utiliza mídias sociais para divulgar seus serviços.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2017).

(Continua)

MECANISMOS DE APRENDIZAGEM E GOVERNANÇA DO CONHECIMENTO DAS DIMENSÕES DA CAPACIDADE DE INOVAÇÃO			
Dimensões	Categorias	Hospital Beta	Hospital Gama
Inovação de processo	Mecanismo de suporte técnico	<ul style="list-style-type: none"> - Contratação da consultoria Don Cabral para modernização dos processos de gestão; - Gestão de processos – gestor trabalhando exclusivamente para adequar processos para a acreditação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Engenharia terceirizada responsável pela implementação de novas tecnologias, bem como treinamentos destas; - Contratação de uma empresa terceirizada para estruturar e organizar a área patrimonial do hospital.
Inovação Comportamental	Sinergia do grupo	<ul style="list-style-type: none"> - Debates na reunião mensal de indicadores; - Os setores envolvidos estudam e analisam as mudanças antes de sua implementação. 	<ul style="list-style-type: none"> - O debate para implementação das mudanças ocorre no grupo que faz parte da Comissão de Tecnovigilância; - Discussões com quem está sendo envolvido.
Inovação estratégica	Experimentação aprendido prático	<ul style="list-style-type: none"> - Projeto-piloto para setores assistenciais; - Na parte médica e assistência são realizados procedimentos de aprendizagem e experimentação. - Não tem um procedimento específico de experimentação, mas tudo é estudado e analisado antes de implementar, na área estratégica. - Na área de enfermagem tem, aprendido prático, antes de implantar um novo serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Projeto-piloto para setores assistenciais; - Realização de estudo e análise anterior à implementação e depois passa por um processo de treinamento e aprendizagem. Os treinamentos são continuados. - Todos os novos serviços e equipamentos quando implementados seguem normas específicas. - Aprendizado prático na implantação de um novo processo administrativo.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2017).

Com base nas informações apresentadas no Quadro 26, cabem algumas considerações acerca dos mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento identificados nos hospitais estudados. As duas organizações realizam pesquisas de satisfação como mecanismo de interação com seus clientes, e este é um mecanismo muito importante que permite avaliar também o nível de qualidade e adesão dos hospitais. Os hospitais estudados não realizam pesquisas de mercado, utilizando outros meios para analisar o mercado, como pesquisas epidemiológicas, pesquisas médicas, *benchmarking* no Hospital Beta e atuação por meio de pesquisas da comissão de Tecnovigilância no Hospital Gama.

Além dos mecanismos de pesquisa de satisfação para controle de inovação em serviços, o Hospital Beta analisa os indicadores publicados pelos principais hospitais do Brasil e os compara com os seus. Para avaliar a imagem do hospital perante os clientes, o Hospital Beta utiliza a pesquisa publicada anualmente pela Qualidata, considerando um importante indicador. Já o Hospital Gama utiliza indicadores internos de taxa de ocupação e permanência e avalia sua imagem por meio dos mecanismos de mídias sociais. Ambos os

hospitais também utilizam para esse fim o nível de adesão pela indicação dos próprios médicos que trabalham nas organizações.

Com relação à utilização de mecanismos de programas de marketing, os dois hospitais utilizam praticamente os mesmos mecanismos, com exceção das mídias sociais, utilizadas apenas pelo Hospital Gama. Quanto ao suporte técnico, ambos o apresentam. No Hospital Beta, se consta pela contratação da consultoria Don Cabral para auxiliar na modernização da gestão e na exclusividade de um gestor para adequar os processos para atender às normas da acreditação. Enquanto o Hospital Gama mantém um setor de engenharia terceirizado para implantar e auxiliar a organização nos novos equipamentos e tecnologias e mudanças nos anteriores, além da contratação da consultoria terceirizada para adequar a área patrimonial da organização.

Além disso, as duas organizações apresentam evidências de debates para implementação de mudanças. No Hospital Beta, realizam-se reuniões mensais de indicadores entre os setores envolvidos nas mudanças, ou seja, os *stakeholders* de cada indicador. No Hospital Gama também são realizadas reuniões com grupos envolvidos, assim como ocorrem os debates na Comissão de Tecnovigilância.

Por fim, com relação aos mecanismos de experimentação e aprendizado prático, ambos os hospitais apresentam bons exemplos de utilização. Tanto o Hospital Beta quanto o Hospital Gama realizam aprendizado prático em outros hospitais quando implantam um novo serviço. Ambos realizam projetos-piloto como forma de experimentação quando realizam mudanças em setores assistenciais, antes de replicar para todo hospital. Porém, eles divergem em seus relatos quanto à utilização de treinamentos de aprendizagem quando é implantado um novo serviço ou processo, uma vez que o Hospital Gama evidencia a realização dessas práticas, enquanto no Hospital Beta não foi evidenciada essa prática. Entende-se, entretanto, que em ambos ocorrem as mesmas práticas na instalação de novos equipamentos e serviços, pois são normatizados e seguem os mesmos padrões.


Em relação à análise das categorias presentes em cada dimensão da capacidade de inovação, pode-se concluir que os hospitais estudados apresentam elementos componentes e mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento necessários para o desenvolvimento dessa capacidade.

4.5 SISTEMATIZAÇÃO DOS RESULTADOS

Após análise dos dados, apresenta-se a sistematização dos resultados referentes aos fatores que tornam o ambiente hospitalar dinâmico, os comportamentos e as habilidades, os processos, as rotinas e os mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento que desenvolvem a capacidade absorptiva e a capacidade de inovação identificados nos hospitais estudados.

O Quadro 27 apresenta os principais resultados presentes em ambos os hospitais com base no modelo de pesquisa apresentado na Figura 2, na seção 2.3.1 (Modelo de análise de capacidades dinâmicas) a partir de Zahra e George (2002), Wang e Ahmed (2004; 2007) e Camargo e Meirelles (2012).

Quadro 27 – Resultado dos hospitais Beta e Gama segundo modelo de análise de capacidades dinâmicas

DINAMISMO DO AMBIENTE HOSPITALAR		
<ul style="list-style-type: none"> • Crise financeira em função do corte do incentivo do estado e não atualização das tabelas do SUS. • Redução no número de pacientes particulares e convênios. • Forte inovação tecnológica no setor. • Adequações constantes as exigências de órgãos reguladores e Legislações que regulamentam o setor • Cenário epidemiológico caracterizado pelo aumento de doenças crônicas e neoplasias • Envelhecimento da população. • Excesso de demanda, porém a maioria é SUS, com pagamentos abaixo do custo para esses atendimentos. 		
		
PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES DINÂMICAS		
CAPACIDADE ABSORTIVA		
Elementos	Dimensões	Elementos e mecanismos encontrados nos hospitais
Comportamentos e Habilidades	Aquisição	<ul style="list-style-type: none"> • Busca de oportunidades através da análise dos clientes e concorrentes. • Busca de informações externas em outros hospitais. • Incentivo aos colaboradores para buscarem informações na internet e participarem de cursos, congressos, pós-graduação. • Incentivo à pesquisa. • Liberdade para os colaboradores exporem suas opiniões. • Comportamento dos gestores e líderes em entender a mudança como normal. • Habilidade de aproveitar <i>feedbacks</i> de clientes por meio da pesquisa de satisfação.
	Assimilação	<ul style="list-style-type: none"> • Interação entre os colaboradores e seus gestores imediatos, com opinião e envolvimento nas tomadas de decisão. • Troca de experiências e negociação entre colaboradores do mesmo departamento e gestores de diferentes departamentos. • Constituição de equipes diversificadas. • Habilidade de comunicação interna pelos gestores de cada setor e através das ferramentas de comunicação disponíveis. • Busca constante de novas tecnologias e novos serviços para atender seus clientes.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2017).

(Continua)

• CAPACIDADE ABSORTIVA		
Elementos	Dimensões	Elementos e mecanismos encontrados nos hospitais
Comportamentos e Habilidades	Transformação	<ul style="list-style-type: none"> • Formação de grupos de colaboradores de várias áreas para compartilhar objetivos em comum. • Compartilhamento de objetivos e experiências através das reuniões multidisciplinares e fomentado pela residência multiprofissional. • Liberdade de opinião entre gestores e suas equipes.
	Aplicação	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de projetos juntamente com a Diretoria e os setores responsáveis. • Departamento de Ensino Pesquisa e Tecnologia e Departamento de Engenharia Clínica. • Habilidade em adotar frequentemente novas tecnologias.
Processos e Rotinas	Aquisição	<ul style="list-style-type: none"> • Rotinas padronizadas e monitoradas por meio de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), manuais e normas. • Rotinas de recebimento de <i>feedbacks</i> de clientes, através da pesquisa de satisfação. • Rotinas de realização de pesquisas de satisfação de clientes e pesquisas médicas. • Pesquisas acadêmicas, pesquisas em parceria com universidades e busca de parcerias com laboratórios para realização de treinamentos de alta tecnologia.
	Assimilação	<ul style="list-style-type: none"> • Discussões formais por meio de reuniões, comissões, reuniões multidisciplinares e núcleos internos; discussões informais. • Rodízio entre funções dentro das mesmas áreas nas férias de outros colaboradores.
	Transformação	<ul style="list-style-type: none"> • Rotinas de treinamento interno continuado na área assistencial e referente à utilização de novas tecnologias. • Rotinas de treinamentos e qualificações externas para gestores.
	Aplicação	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte da direção para o desenvolvimento de novos processos e serviços. • Realização de projeto-piloto na implantação de novos processos e serviços para os setores assistenciais.
Mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento	Aquisição	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de pesquisas de satisfação de clientes com avaliações mensais. • Aquisição de um hospital. • Aprendizagem por meio da contratação de profissionais qualificados. • Mecanismos de <i>feedbacks</i> de clientes por meio da pesquisa de satisfação. • Mecanismo de formalização com padronizações de rotinas e de procedimentos operacionais, por meio dos POPs e fortes mecanismos de controle. • Participação em feiras, congressos, cursos e busca em outras organizações; os médicos também participam de jornadas no exterior.
	Assimilação	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões mensais entre gestores e reuniões dos departamentos com seus colaboradores. • Encontros informais para discussões de assuntos diversos e em datas comemorativas. • <i>Benchmarking</i> com outros hospitais. • Comissões formadas por profissionais de diferentes áreas para resolver problemas diversos e avaliar projetos.
	Transformação	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos da tecnologia da informação como ferramentas de comunicação: e-mail, grupos de <i>whatsapp</i>, página na internet, <i>display</i> e <i>tasy</i>. • Táticas de socialização e compartilhamento de experiências através de reuniões, comitês, núcleos e comissões e mecanismos informais de integração. • Treinamentos continuados. • <i>Endomarketing</i> realizado através dos mecanismos de tecnologia da informação e alguns mecanismos manuais, como mural, jornal impresso e comunicados.
	Aplicação	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismo de formalização com padronizações de rotinas e de procedimentos operacionais, por meio dos POPs e fortes mecanismos de controle.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2017).

(Continua)

CAPACIDADE DE INOVAÇÃO		
Elementos	Dimensões	Elementos e mecanismos encontrados nos hospitais
Comportamentos e Habilidades	Inovação em serviços	<ul style="list-style-type: none"> Os clientes percebem de maneira positiva a mudança e a expõem na pesquisa de satisfação, na página do Facebook e em pesquisas com relação às marcas. Pioneirismo na região na realização de novos serviços.
	Inovação de mercado	<ul style="list-style-type: none"> Implantação de novos serviços e novos setores orientados para o mercado. Aquisições recentes de equipamentos de tecnologia de ponta e estudos de tecnologias de ponta ainda não implantadas.
	Inovação de processo	<ul style="list-style-type: none"> Novas tecnologias de marketing como as mídias sociais. Pioneirismo na região em processos e habilidades de introduzir novos equipamentos para prestação de serviços Modernização do modelo de gestão, com adequação do planejamento estratégico, reestruturação da estrutura organizacional, acompanhamento de indicadores e revisão dos processos.
	Inovação Comportamental	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação e revisão de processos para buscar acreditação. Cultura organizacional inovadora.
	Inovação Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> Capacidade de assumir riscos calculados; realiza análise de viabilidade. Habilidade para resolver problemas complexos. A área estratégica adéqua-se rapidamente às mudanças.
Processos e Rotinas	Inovação em serviços	<ul style="list-style-type: none"> Revisão anual dos POPs e criação de novos para atendimento das normatizações. Revisão de processos e criação de novos para atendimento da acreditação. Busca de projetos estaduais e federais para realização de novos serviços.
	Inovação de mercado	<ul style="list-style-type: none"> Divulgação dos serviços existentes, assim como novos, por meio de rádio, jornal, televisão, feiras de saúde, revistas e site.
	Inovação de processo	<ul style="list-style-type: none"> Realização de projeto-piloto nos setores assistenciais em mudanças de processos e estabelecimento de novos serviços. Avaliação de necessidade de mudanças em termos de novas tecnologias, mudanças nos convênios, mudanças epidemiológicas, busca de economias em função das dificuldades financeiras.
	Inovação Comportamental	<ul style="list-style-type: none"> Motivação de novas ideias por meio de reunião de gestores e reunião do planejamento estratégico.
	Inovação Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> Estrutura organizacional descentralizada, em que todos os setores colaboram com a busca e implementação da inovação, norteados pela Direção.
Mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento	Inovação em serviços	<ul style="list-style-type: none"> Comparação de indicadores entre hospitais e indicadores internos como mecanismos de controle de desempenho. Avaliação do nível de qualidade dos serviços prestados pela adesão e indicação do hospital pelos médicos e pelos índices da pesquisa de satisfação dos clientes. O site dos hospitais e o Facebook são mecanismos para avaliar a imagem da organização.
	Inovação de mercado	<ul style="list-style-type: none"> Interação com o cliente através da pesquisa de satisfação, na qual os clientes avaliam o serviço prestado e dão seu <i>feedback</i> com sugestões. Mecanismos de divulgação dos serviços por meio de rádio, jornal, televisão, feiras de saúde, revistas e site.
	Inovação de processo	<ul style="list-style-type: none"> Contratação de consultoria para modernização do processo de gestão. Engenharia terceirizada para implementação de novas tecnologias. Contratação de empresa terceirizada para estruturar a área patrimonial.
	Inovação Comportamental	<ul style="list-style-type: none"> Reuniões mensais de indicadores, discussões em grupos, reuniões e debates da comissão de tecnovigilância para implementação de mudanças.
	Inovação Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> Procedimentos de aprendizagem e experimentação na área médica; Aprendizado prático na área assistencial antes de implementar um novo serviço. Estudo e análise na área estratégica antes da implementação de mudanças. Aprendizado prático na implementação de novos processos.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2017).

Os resultados apresentados no Quadro 27 permitem compreender o processo de desenvolvimento de capacidades dinâmicas das organizações estudadas, consideradas, neste estudo, a capacidade absorptiva e a capacidade de inovação, conforme recorte do modelo teórico de Wang e Ahmed (2007). Esse processo se inicia pelo dinamismo do ambiente, ou seja, um ambiente incerto e turbulento cujos elementos estão em constante mudança.

Wang e Ahmed (2007) afirmam que vários fatores podem provocar um ambiente dinâmico. Nesse sentido, os hospitais estudados apresentam fatores, como a crise financeira, em razão da qual foram fortemente afetados pelo corte do incentivo do estado e não atualização das tabelas do SUS nos últimos anos; as mudanças tecnológicas que são constantes no ambiente hospitalar; alterações em normas e regulamentos, mudanças epidemiológicas e concorrência, principalmente com relação a centros de diagnósticos.

Diante desses fatores, as organizações têm a necessidade de desenvolver capacidades dinâmicas para adaptar-se e prosperar nesse ambiente, buscando vantagem competitiva sustentável. Dessa forma, para que as organizações tenham capacidade de responder às mudanças no ambiente, primeiramente é necessário que apresentem um conjunto de comportamentos e habilidades que lhes permitam aceitar e agir em prol dessas mudanças.

Nas organizações estudadas, com relação à capacidade absorptiva, os gestores relatam práticas de comportamentos e habilidades de busca de informações externas, agindo proativamente e antecipando-se às mudanças. Da mesma forma, incentivam a equipe a realizar pesquisas, participar de eventos, dando liberdade aos seus colaboradores para expor suas ideias e opiniões, mesmo que para seus gestores imediatos. Além disso, as organizações procuram entender a mudança como normal, em linha com Andreeva e Chaika (2006), que consideram esse comportamento como um requisito para que a organização desenvolva capacidades dinâmicas.

Com relação aos comportamentos e às habilidades da capacidade de inovação, destacam-se: o pioneirismo na região com relação à implantação de novos serviços e equipamentos, agindo de forma orientada para o mercado; a capacidade de trabalhar com tecnologia de ponta; a modernização do modelo de gestão e a cultura organizacional inovadora, as quais permitem que os colaboradores e gestores sejam receptivos a novas ideias, contribuindo para a implementação das mudanças necessárias no ambiente em que as organizações estão inseridas. Essa perspectiva corrobora o entendimento de Wang e Ahmed (2004) de que a cultura organizacional voltada para inovação funciona como um catalisador de inovações.

Além dos comportamentos e das habilidades, é necessário que as organizações apresentem processos e rotinas para suportar essas mudanças. Nos hospitais estudados, os processos e as rotinas de suporte da capacidade absorptiva são padronizados e monitorados por meio dos POPs, manuais e normas, revisados periodicamente, de acordo com as alterações dos órgãos reguladores. As rotinas de busca ocorrem por meio de pesquisas de satisfação, pesquisas médicas, realização de pesquisas acadêmicas, parcerias com universidades e rotinas de busca de parcerias com laboratórios para realização de treinamentos de alta tecnologia.

Destacam-se também as rotinas de discussões formais e informais para resolução de problemas, os treinamentos continuados nas áreas assistenciais e para implementação de novas tecnologias e as rotinas de realização de projeto-piloto para implantação de novos processos e serviços nos setores assistenciais. Os processos e as rotinas identificados estão em consonância com os estudos de Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005), Tu *et al.* (2006), Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia e Fernández-de-Lucio (2008), Camisón e Forés (2010), Flatten *et al.* (2011) e Camargo (2012) e Murovec e Prodan (2009).

Quanto aos processos e às rotinas de suporte – a capacidade de inovação –, destaca-se a criação de novos processos e rotinas, ocasião em que se introduzem novos serviços e processos. E, para atendimento de regulações e normatizações, as rotinas de divulgação de novos serviços, bem como os existentes, a avaliação de necessidades de mudanças por meio de reuniões e discussões e a estrutura organizacional descentralizada, em que ocorre a colaboração na busca de inovações. Esta última alinha-se com o que Teece, Pisano e Shuen (1997) determinam, afirmando que as estruturas descentralizadas favorecem a identificação de oportunidades de mercado. Quanto às demais rotinas e aos processos identificados, verifica-se que estão em consonância com Wang e Ahmed (2004), Liao, Fei e Chen (2007), Camargo (2012) e Costa (2013).

As organizações também necessitam de mecanismos de sustentação das mudanças que ocorrem em seus ambientes. Os principais mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento que sustentam a capacidade absorptiva identificados nos hospitais foram: as pesquisas de satisfação com avaliações mensais, que permitem a realização de mudanças por meio do aproveitamento de *feedbacks*; a aquisição de um hospital; a formalização por meio dos POPs e mecanismos de controle; a participação em feiras, congressos e cursos; e *benchmarking* com outros hospitais em busca de conhecimento para implantação e aprendizagem de novos serviços, além de visualizar novas tecnologias para serem implementadas. Os mecanismos de *benchmarking* ocorrem conforme definido por Camisón e

Forés (2010), permitindo às organizações assimilar conhecimento e tecnologias relevantes provenientes de outras organizações que pertencem ao mesmo setor.

Destacam-se, ainda, os mecanismos de realização de reuniões, táticas de socialização e compartilhamento de experiências, por meio de comitês, núcleos e comissões formadas por profissionais de diferentes áreas, em consonância com Zahra e George (2002), o que facilita a associação entre os colaboradores, combinando o conhecimento existente com o recém-adquirido. Outro mecanismo importante é de *endomarketing*, realizado também por meio dos mecanismos de tecnologia de informação, permitindo a divulgação das informações para todos os colaboradores. Os mecanismos da capacidade absorptiva estão ancorados, ainda, nos estudos de Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005), Tu *et al.* (2006), Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia e Fernández-de-Lucio (2008), Murovec e Prodan (2009), Flatten *et al.* (2011), Cepeda – Carrion *et al.* (2012), Camargo (2012), Santos (2015) e Oliveira (2016).

Os mecanismos da capacidade de inovação assemelham-se aos mecanismos da capacidade absorptiva, e isso ocorre pelo fato de ambas estarem relacionadas, visto que se constituem capacidades dinâmicas. Dessa forma, alguns elementos e mecanismos identificados nas organizações são semelhantes tanto para a capacidade absorptiva quanto para a capacidade de inovação. Essa relação entre os elementos também ocorre pela inovação ser um resultado do conhecimento adquirido pela capacidade absorptiva.

Alguns comportamentos e habilidades podem ser considerados como rotinas que suportam as capacidades dinâmicas, assim como mecanismos de sua sustentação. Por exemplo, as organizações estudadas aproveitam *feedbacks* de seus clientes. Essa habilidade tem suporte por meio das rotinas de receber *feedbacks* através das pesquisas de satisfação, que, por sua vez, tornam-se um mecanismo de sustentação das capacidades dinâmicas. Outro exemplo é com relação às rotinas de padronização, que também se constituem em importantes mecanismos de formalização, decorrentes das alterações no ambiente com relação às normas e regulações.

Finalmente, o processo de desenvolvimento das capacidades dinâmicas, tendo como base os estudos de Camargo e Meirelles (2012), ocorre por meio de comportamentos e habilidades, processos e rotinas e mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento que desenvolvem, dão suporte e sustentação para cada uma das dimensões das capacidades absorptiva e inovativa. Essas duas capacidades constituem o modelo de pesquisa de capacidades dinâmicas de Wang e Ahmed (2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo apresentam-se os principais resultados e as contribuições deste estudo, bem como as limitações e sugestões para futuras pesquisas sobre o tema capacidades dinâmicas.

Com o objetivo geral de compreender o processo de desenvolvimento de capacidades dinâmicas em organizações hospitalares inseridas em ambientes dinâmicos, primeiramente foram alcançados os objetivos específicos da pesquisa, seguindo a ordem em que foram estabelecidos neste estudo. Para tal, partiu-se do modelo de Wang e Ahmed (2007) como base teórica para o estudo das capacidades dinâmicas, considerando-se o pressuposto de que elas se desenvolvem em ambientes dinâmicos e que são compostas por três elementos: capacidade absorptiva, adaptativa e de inovação. Desses elementos, optou-se por estudar dois – a capacidade absorptiva e a capacidade de inovação.

Para compreender a capacidade absorptiva, utilizou-se o modelo de Zahra e George (2002), considerando as dimensões de aquisição, assimilação, transformação e aplicação. A análise da capacidade de inovação foi baseada na pesquisa de Wang e Ahmed (2004), nas dimensões de inovação em serviços, mercado, processo, comportamento e estratégia. Por fim, para realizar a análise do processo de desenvolvimento de cada uma dessas capacidades, adotou-se a abordagem de Camargo e Meirelles (2012), na qual as capacidades dinâmicas se desenvolvem por meio de comportamentos e habilidades, processos e rotinas e mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento. Com base neste modelo, buscou-se analisar cada um desses elementos e mecanismos para cada dimensão da capacidade absorptiva e de inovação.

Inicialmente, buscou-se identificar o ambiente no qual as organizações estudadas estão inseridas, baseando-se nos fatores que caracterizam o dinamismo no setor hospitalar, a partir das categorias estabelecidas pelo modelo de Wang e Ahmed (2007). Com relação à mudança do ciclo econômico, os hospitais pesquisados vêm passando por um período de incertezas, devido às dificuldades financeiras decorrentes do corte do auxílio do cofinanciamento de custeio oriundo do Estado, além da defasagem das tabelas do SUS para pagamento dos serviços realizados. As duas instituições também estão enfrentando uma redução de usuários de planos de saúde, em função do aumento do desemprego e, conseqüentemente, um aumento de usuários do SUS. Quanto às inovações tecnológicas, ambos os hospitais estão em constante busca e atualização, pois a tecnologia na área da saúde evolui muito rápido até pelo surgimento de novas doenças.

No que se refere às mudanças regulatórias, os hospitais são regidos por agências reguladoras, órgãos regulamentadores e normatizações e, portanto, para qualquer mudança realizada por esses órgãos, é necessária uma alteração de procedimentos, processos e rotinas nos hospitais. Com relação à competitividade, os gestores do Hospital Beta consideram que o hospital tem concorrências com relação a centros de diagnósticos e também está buscando a acreditação com objetivo de tornar-se mais competitivo. Já o Hospital Gama não considera que tenham concorrência em função da elevada demanda.

Nesse sentido, a partir das categorias estabelecidas para a pesquisa, foram identificados comportamentos e habilidades presentes em todas as dimensões da capacidade absorptiva e da capacidade de inovação de ambos os hospitais em resposta ao dinamismo do ambiente. Sendo assim, na aquisição de informações tiveram destaque: a busca de oportunidades por meio da avaliação de clientes, mercado, fornecedores e concorrentes; a busca por meio da participação em feiras, congressos e cursos; o incentivo das organizações para seus colaboradores buscar informações; a liberdade de opinião; a habilidade de aproveitar *feedbacks*; e comportamento em entender a mudança como normal, presente nos gestores e líderes, o que, porém, não está intrínseco em toda organização.

Com relação à assimilação do conhecimento, identificou-se: o acesso dos colaboradores aos seus gestores imediatos; as trocas de experiências e negociação entre os colaboradores; a habilidade de comunicação interna; e a busca constante de novas tecnologias orientadas para os clientes. Quanto à transformação, foram identificadas a conectividade e a cooperação de seus colaboradores, embora a colaboração entre funcionários de diferentes setores não ocorra de forma tão espontânea. A dimensão aplicação foi identificada por meio da presença do Departamento de Ensino, Pesquisa e Tecnologia no Hospital Beta e do Departamento de Engenharia terceirizado no Hospital Gama. Além disso, ambos os hospitais têm habilidade em adotar frequentemente novas tecnologias, visto que seus gestores citaram exemplos claros dessa prática.

Referente aos comportamentos e às habilidades identificados nas dimensões da capacidade de inovação (WANG; AHMED, 2004), a inovação em serviços foi caracterizada principalmente pelo pioneirismo em novos serviços, como realização de cirurgias inéditas na região no Hospital Beta e pioneirismo na acreditação do laboratório de análises clínicas no hospital Gama. Quanto à inovação de mercado, destacou-se a educação para o mercado, por exemplo, com relação à implementação do serviço de transplante de medula óssea no Hospital Beta e a implantação do setor de eletrodinâmica no Hospital Gama, além da aquisição de equipamentos com tecnologia de ponta em ambos os hospitais. Com relação à inovação de

processos, destacaram-se a modernização do modelo de gestão e a mudança na estrutura organizacional dos setores em ambas as organizações. A inovação comportamental foi caracterizada, principalmente, pela cultura organizacional voltada para inovação. E, por fim, na inovação estratégica, os hospitais apresentaram comportamento de assumir riscos calculados, habilidade de resolver problemas complexos e adequar-se rapidamente as mudanças quando são relacionadas à área estratégica, embora o processo de adaptação seja mais lento quando envolve todo o hospital.

Os processos e as rotinas de suporte à capacidade absorptiva e de inovação também foram identificados em todas as dimensões de ambas as capacidades. Na capacidade absorptiva, dimensão aquisição, foram evidenciadas rotinas padronizadas e monitoradas por meio do estabelecimento de POPs, rotinas de pesquisas de satisfação de clientes, pesquisas médicas e pesquisas acadêmicas, mas nenhum dos hospitais realiza pesquisa de mercado, apesar de o Hospital Beta observar que é uma necessidade. A assimilação do conhecimento é suportada por rotinas de discussões formais (reuniões, comissões e núcleos internos) e informais; os hospitais não realizam rodízio entre funções-chaves devido à especificidade de cada área, ocorrendo esses rodízios somente na mesma área e por alguma necessidade específica. Os treinamentos internos continuados e as qualificações externas, principalmente para gestores, foram identificados como exemplos de rotinas da dimensão transformação. Quanto à dimensão aplicação, destacaram-se as rotinas de estabelecimento de projeto-piloto nos setores assistenciais quando implantados novos serviços ou procedimentos.

Na capacidade de inovação, foram identificadas evidências de processos e rotinas de inovação em serviços com relação à criação e revisão anual dos POPs de acordo com as alterações de normas, processos e implementação de novos serviços. A inovação de mercado foi relatada por meio de rotinas de marketing, utilizando-se como meios de divulgação de serviços rádio, jornal, televisão, revista e feiras de saúde. No Hospital Gama, os gestores evidenciaram também a utilização das ferramentas das mídias sociais, enquanto no Hospital Beta essas ferramentas ainda não são utilizadas. Com relação à inovação de processos, tiveram destaque as rotinas de avaliação de necessidade de mudanças, em termos de novas tecnologias e surgimento de novas doenças. Quanto à inovação comportamental, destacou-se a motivação para inovação, que se refere a rotinas de reuniões, principalmente entre gestores, buscando motivar a inovação. No que se refere à inovação estratégica, todos os setores colaboram com a busca e implementação de inovações, norteadas pela Direção.

Os mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento que sustentam a capacidade absorptiva e de inovação foram identificados para todas as dimensões de ambas as

capacidades, atendendo ao último objetivo específico deste estudo. Muitos mecanismos foram evidenciados também como uma rotina nos hospitais estudados e, portanto, já foram descritos. Com relação à capacidade absorptiva, dimensão aquisição, destacou-se a compra recente de um hospital pelo Hospital Beta, que ocorreu em resposta ao aumento da demanda pelo SUS e a necessidade de atendimentos particulares e por convênio. O Hospital Gama também adquiriu um hospital psiquiátrico em 1993, porém essas foram as únicas aquisições realizadas de outras organizações. Os hospitais estudados também apresentaram forte mecanismo de formalização, caracterizado tanto para a dimensão aquisição quanto aplicação, conforme estudo de Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005).

Além disso, com relação aos mecanismos de assimilação do conhecimento, tiveram destaque os mecanismos de integração social, realizados a partir de reuniões mensais entre gestores, reuniões dos próprios departamentos, comitês de qualidade 5S, comissões e núcleos, além de encontros informais em datas comemorativas. Esses exemplos também caracterizaram a categoria de interface entre funções e permitem o compartilhamento de experiências por meio das táticas de socialização, que foram identificadas nas dimensões de transformação e aplicação, baseando-se no estudo de Jansen, Van Den Bosch e Volberda (2005). O *benchmarking* com outros hospitais e até visitas mais longas com treinamentos para implantação de um novo serviço, realizado principalmente pelo Hospital Beta também se destacou como um importante mecanismo de assimilação.

Quanto à dimensão transformação da capacidade absorptiva, foram identificados mecanismos de tecnologia da informação como o Tasy (sistema utilizado pela enfermagem), grupos de *whatsapp*, e-mail, página na internet, *display*. Essas tecnologias também contribuem para que as organizações consigam realizar o mecanismo de *endomarketing*, porém como nem todos têm acesso a computador, os hospitais também utilizam formas manuais de comunicação para que as informações cheguem a todos os colaboradores.

Por fim, foram identificados mecanismos de sustentação da capacidade de inovação em cada uma de suas dimensões. Na inovação em serviços, o Hospital Beta apresentou mecanismos de controle por meio da comparação de indicadores de outros hospitais; já o Hospital Gama utiliza indicadores internos do próprio hospital para realizar essa análise. Ambos os hospitais avaliam o nível de qualidade de seus serviços através da adesão, da indicação do hospital pelos médicos e pelos índices obtidos na pesquisa de satisfação. A inovação de processo foi evidenciada pelo mecanismo de suporte técnico, ocorrido, por exemplo, através da contratação da consultoria Don Cabral para modernização dos processos

de gestão no Hospital Beta e contratação de empresa terceirizada para estruturar a área patrimonial no Hospital Gama.

A inovação comportamental caracterizou-se pelo mecanismo de sinergia do grupo, por meio de debates e discussões dos setores envolvidos antes de implementar as mudanças. Quanto à inovação estratégica, não existem procedimentos específicos de experimentação e aprendizado prático para os hospitais. Porém, na área assistencial ocorre esse aprendizado prático, conforme exemplo relatado no Hospital Beta, referente à implantação do transplante de medula óssea, em que será realizado um aprendizado prático em outro hospital para posterior implantação.

Com base nos resultados deste estudo, foi possível compreender o processo de desenvolvimento das capacidades dinâmicas (capacidade absorptiva e capacidade de inovação) do Hospital Beta e do Hospital Gama, cujos ambientes são caracterizados pelo dinamismo em seus elementos. Esse processo ocorre por meio de mecanismos e elementos que se articulam entre si, ou seja, o mesmo comportamento e a mesma habilidade podem ser caracterizados como processo ou rotina e também como mecanismo de aprendizagem e governança do conhecimento.

Apesar da divergência em alguns elementos e mecanismos analisados, ambas as organizações apresentam práticas de desenvolvimento e capacidades dinâmicas com base nos autores estudados. Acredita-se que tais práticas permitiram a essas organizações renovar, reconfigurar e recriar recursos e capacidades, garantindo o sucesso e a sustentação dessas organizações ao longo do tempo. Portanto, considerando que são organizações centenárias, contribui com o estudo de Wang e Ahmed (2007), o qual propõe que as capacidades dinâmicas são construídas durante um longo período de tempo.

Diante do exposto, entende-se que a questão de pesquisa e os objetivos propostos foram respondidos. Este estudo traz importante contribuição teórica no sentido de identificar mecanismos e elementos de desenvolvimento de capacidades dinâmicas em cada uma das dimensões da capacidade absorptiva, proposta por Zhara e George (2002), e da capacidade de inovação, proposta por Wang e Ahmed (2004). Outros estudos utilizando esse modelo de pesquisa não as separaram por dimensão. Também se destaca, ao estudar o processo de desenvolvimento das capacidades dinâmicas, que, de acordo com Andrewa e Chaika (2006), os estudos focam nos resultados que essas capacidades produzem e não em como elas são desenvolvidas dentro das organizações. Da mesma forma, Gerra, Tondolo e Camargo (2016) apontam o processo de desenvolvimento de capacidades dinâmicas como uma ambiguidade, em função da natureza e do efeito dos recursos que as geram. Isso porque depende da

percepção interna e da capacidade de implantar as mudanças que ocorrem em cada organização, tornando-se um processo desenvolvimento individual de cada uma delas. Além disso, destaca-se a aplicabilidade do modelo de pesquisa em empresas prestadoras de serviços, especificamente organizações hospitalares.

Com relação às contribuições gerenciais, esta pesquisa permite que as organizações estudadas entendam todo seu processo de desenvolvimento de capacidades dinâmicas, mais especificamente a capacidade absorviva e de inovação, desde quando ocorre uma mudança no seu ambiente externo, seus comportamentos e suas habilidades capazes de aceitar e incentivar essa mudança, processos e rotinas para suportá-la, bem como seus mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento utilizados para sustentar essas mudanças.

Acredita-se que, a partir do momento em que as organizações entendem esses processos, elas possam agir em prol dessas mudanças e capacidades, buscando vantagem competitiva sustentável. Mesmo que os hospitais estudados sejam caracterizados como organizações filantrópicas de natureza jurídica privada, essas organizações necessitam de resultados positivos para se manter sustentável no mercado, assim como as empresas de outros segmentos.

5.1 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

Como limitação desta pesquisa, destaca-se a estratégia utilizada, uma vez que estudos de casos não permitem generalizações dos resultados para outras organizações e outros segmentos. Portanto, os achados da pesquisa restringem-se a investigar a realidade das organizações prestadoras de serviços hospitalares pesquisadas.

Outra limitação refere-se à utilização de um recorte do modelo de Wang e Ahmed (2007), base teórica desta pesquisa. Dessa forma, a identificação de elementos e mecanismos da capacidade adaptativa não fez parte dos objetivos desta dissertação. Destaca-se, ainda, a abordagem qualitativa utilizada para realização deste estudo, por meio da análise de documentos e entrevistas realizadas com os gestores que ocupam cargos estratégicos nas organizações, refletindo, portanto, as percepções deste público.

Como sugestão para estudos futuros, recomenda-se a realização de novas pesquisas para aprofundar a compreensão do processo de desenvolvimento de capacidades dinâmicas, buscando respostas para as ambiguidades relacionadas ao tema. Tais pesquisas podem ser realizadas utilizando modelos propostos por autores como Zollo e Winter (2002), que

entendem que as organizações também podem desenvolver capacidades dinâmicas em ambientes mais estáveis, as quais ocorrem por meio de mecanismos de aprendizagem.

Além disso, sugere-se a realização de pesquisas para investigar a relação entre as capacidades dinâmicas e o desempenho da organização. Elas podem utilizar como base o modelo completo de Wang e Ahmed (2007), utilizando a metodologia quantitativa, de forma a identificar se essa relação realmente é indireta, mediada pela estratégia da empresa, ou se ocorre de forma direta.

Sugere-se também a replicação deste estudo em outros segmentos e outros setores, além da ampliação da amostra, para realização de estudos qualitativos. Sugere-se, finalmente, a aplicação do modelo utilizado nesta pesquisa em estudos quantitativos, considerando o dinamismo do ambiente como um antecedente para as organizações desenvolverem capacidades dinâmicas. Tais capacidades constituem o conjunto das capacidades absorptiva, adaptativa e inovativa, que se desenvolvem por meio de comportamentos e habilidades, processos e rotinas e mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento. Cabe salientar que mesmo que a capacidade adaptativa não tenha feito parte deste estudo, é um dos elementos das capacidades dinâmicas que pode ser incluído em pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

- ADENIRAN, T. V.; JOHNSTON, K. A. The impacts of ICT utilisation and dynamic capabilities on the competitive advantage of South African SMEs. **Journal of Information Technology and Management**, v. 5, n. 1, p. 59-89, 2016.
- AGWUNOBI, A.; OSBORNE, P. Dynamic Capabilities and Healthcare: A framework for enhancing the competitive advantage of hospitals. **California Management Review**, v. 58, n. 4, p. 141-161, 2016.
- AKMAN, G.; YILMAZ, C. Innovative capability, innovation strategy and market orientation: an empirical analysis in Turkish software industry. **International Journal of Innovation Management**, v. 12, n. 1, p. 69-111, 2008.
- ALI, M.; PARK, K. The mediating role of an innovative culture in the relationship between absorptive capacity and technical and non-technical innovation. **Journal of Business Research**, v. 69, n. 5, p. 1669–1675, 2016.
- ALONSO, L. B. N.; DROVAL, C.; FERNEDA, E.; EMÍDIO, L. . Acreditação hospitalar e a gestão da qualidade dos processos assistenciais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 4, n. 2, p. 34-49, 2014.
- AMBROSINI, V.; BOWMAN, C. What are dynamic capabilities and are they a useful construct in strategic management? **International Journal of Management Reviews**, v. 11, n. 1, p. 29-49, 2009.
- AMBROSINI, V., BOWMAN, C.; COLLIER, N. Dynamic capabilities: an exploration of how firms renew their resource base. **British Journal of Management**, v.20, p. 9-24, 2009.
- ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. **Observatório 2016**. 8. ed. Disponível em: <<http://anahp.com.br/produtos-anahp/observatorio/observatorio-2016>>. Acesso em: 20 abr 2017.
- ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. **Observatório 2015**. 7. ed. Disponível em: <<http://anahp.com.br/produtos-anahp/observatorio/observatorio-anahp-2015>>. Acesso em: 20 abr 2017.
- ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. **Perspectivas do setor hospitalar**. Disponível em <<http://anahp.com.br/sala-de-imprensa/perspectivas-do-setor-hospitalar>>. Acesso em 12 dez 2016.
- ANDREEVA, T.; CHAIKA, V. Dynamic Capabilities: what they need to be dynamic? **St. Petersburg State University**. São Petersburgo, 2006.
- ANDREWS, J.; SMITH, D. C. In Search of marketing imagination: factors affecting the creativity of marketing programs for mature products. **Journal of Marketing Research**, v. 33, n.2, p. 17-37, 1996.

ANYANWU, K.; SHETH, A. P.; CARDOSO, J.; MILLER, J. A.; KOCHUT, K. J. Healthcare Enterprise Process Development and Integration. **Journal of Research and Practice Information Technology**, v. 35, n. 2, p. 83 - 98, 2003.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Estatísticas e Análises** – Setor de Saúde. Disponível em: <<https://setorsaude.com.br/planos-de-saude-privados-perdem-500-mil-clientes-em-2015/>>. Acesso em: 12 dez 2016.

ANUARIO DA SAUDE PASSO FUNDO POLO REGIONAL. Grupo ON Comunicação, 2013-1014. Disponível em: <http://www.onacional.com.br/arq/anuario_especial_25052015_150510.pdf>. Acesso em: 02 set 2015.

AVILA, O.; GOEPP, V.; KIEFER, F. Understanding and classifying information system alignment approaches. **Journal of Computer Information Systems**, v. 50, v. 1, p. 2-14, 2009.

BANDEIRA-DE-MELLO, Rodrigo. Softwares em pesquisa qualitativa. In. SILVA, Anielson Barbosa da; GODOI, Christiane Kleinübing; MELLO, Rodrigo Bandeira de. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARNEY, J. B. Firm Resources and Sustainable Competitive Advantage. **Journal of Management**, v.17, n.1, p. 99-120, 1991.

BARNEY, J. B. **Gaining and sustaining competitive advantage**. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, 1996.

BARRALES-MOLINA, V. J.; BENITEZ-AMADO, J.; PEREZ-AROSTEGUI, M.N. Managerial perceptions of the competitive environment and dynamic capabilities generation. **Industrial Management and Data Systems**, v. 110, n. 9, p. 1355–1384, 2010.

BARRETO, I. Dynamic capabilities: A review of past research and an agenda for the future. **Journal of Management**, v. 36. p. 256-280, 2010.

BIEDENBACH, T.; MULLER, R. Absorptive, innovative and adaptive capabilities and their impact on project and project portfolio performance. **International Journal of Project Management**, Amsterdam, v.30, p. 621-635, 2012.

BRANCHER, C. A influência da incerteza ambiental no processo de absorção de conhecimento: um estudo em uma empresa moveleira brasileira. 2016 **Dissertação (Mestrado em Administração)**. Universidade do Vale de Itajaí, Biguaçu, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria-Executiva. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf>. Acesso em: 20 mar 2017.

- BRÍGIDA, E. H. S. Percepção da gestão nos hospitais filantrópicos privados vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Belém e Região Metropolitana, Pará. **Dissertação (Mestrado em Gestão de Empresas)** - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - Faculdade de Economia e Gestão, Lisboa, 2012.
- BRITES, C. F. As Tecnologias de Informação na Gestão aplicadas à Comunicação dos Serviços de Saúde: estudo de Caso na Rede Hospitalar do Distrito de Lisboa. **Dissertação (Mestrado em Administração)** – Instituto Superior de Gestão (ISG), Lisboa, 2014.
- BRUXEL, R. Monitoramento da gestão estratégica com o emprego de indicadores: o caso de três hospitais. **Dissertação (Mestrado em Administração)** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.
- CAMARGO, A.; MEIRELLES, D. Capacidades dinâmicas: o que são e como identifica-las? In: Encontro Nacional da ANPAD, EnANPAD. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2012.
- CAMARGO, A. Capacidades Dinâmicas em uma Empresa Secular de Serviços: O Caso Berlitz. **Dissertação (Mestrado em Administração)**. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2012.
- CAMISÓN, C.; FORÉS, B. Knowledge absorptive capacity: new insights for its conceptualization and measurement. **Journal of Business Research**, v. 63, n. 7, p. 707–715, 2010.
- CAPPELLARI, G. Inteligência de mercado e desenvolvimento de capacidades dinâmicas: relações e interdependências na gestão estratégica dos negócios. **Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento na área de concentração Gestão Empresarial)**. Universidade Regional Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2016.
- CAPON, N.; FARLEY, J.U.; HULBERT, J.; LEHMANN, D. R. Profiles of product innovators among large US manufacturers. **Management Science**, v.38, n. 2, p. 157-169, 1992.
- CARVALHO, C. E. ; ROSSETTO, C. R. Proposição e teste de uma escala de dinamismo, complexidade e munificência ambiental. **Revista Iberoamericana de Estratégia**, v. 13, n. 4 p. 59-73, 2014.
- CEPEDA-CARRION, G.; CEGARRA-NAVARRO, J. G.; JIMENEZ-JIMENEZ, D. The effect of absorptive capacity on innovativeness: Context and information systems capability as catalysts. **British Journal of Management**, v. 23, n. 1, p. 110-129, 2012.
- CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica**. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- CHEN, H.; ZENG, S.; LIN, H., MA, H. Munificence, dynamism, and complexity: how industry context drives corporate sustainability. **Business Strategy and the Environment**, DOI: 10.1002/bse.1902. p. 125-141, 2015.
- CHURCHILL JR., G. A.; PETER, J. P. **Marketing criando valor para os clientes**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

CMB. **Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas**, 2017. Disponível em: <<http://www.cmb.org.br/cmb/index.php/noticias>>. Acesso em: 12 mar 2017.

COHEN, W. M.; LEVINTHAL, D. A. Innovation and learning: the two faces of R & D. **The economic journal**, v. 99, n. 397, p. 569-596, 1989.

COHEN, M. D.; LEVINTHAL, D. A. Absorptive capacity: a new perspective on learning and innovation. **Administrative Science Quarterly**, v. 34, n.1, p.128-151, 1990.

COLLIS, D. J. Research note: how valuable are organizational capabilities? **Strategic Management Journal**, p. 143-152, 1994.

CORRÊA, D. L. Inovação e competitividade no setor hospitalar brasileiro: um estudo de caso do Hospital (filantrópico) Márcio Cunha - HMC. **Dissertação (Mestrado em Economia)**. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

COSTA, F. V. Capacidade Dinâmica das Corretoras de Valores Mobiliários no Brasil: uma análise sob a perspectiva de processos e rotinas de busca e inovação. **Dissertação (Mestrado em Administração)**. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2013.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3.ed., Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ, M. A. Mensuração da capacidade absorptiva dos parceiros industriais da Cemig: implicações para inovação no setor elétrico. **Dissertação (Mestrado em Administração)**. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

DAMANPOUR, F. The Adoption Of Technological, Administrative, and Ancillary Innovations: Impact of Organizational Factors. **Journal Of Management**, v. 13, n. 4, p. 675-688, 1987.

DAMANPOUR, F.; SZABAT, K. A.; EVAN, W. M. The relationship between types of innovation and organizational performance. **Journal of Management Studies**, v. 54, n. 3, p. 587-601, 1989.

DAMANPOUR, F. Organizational innovation: a meta-analysis of effects of determinants and moderators. **Academy of Management Journal**, v.34, n.3, p.555-590, 1991.

DANNEELS, E. 2008. Organizational antecedents of second-order competences. **Strategic Management Journal**, v. 29, n. 5, p. 519-543, 2008.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>>. Acesso em 17 dez 2016.

DAVIS, J. P.; EISENHARDT, K. M.; BINGHAM, C. B. Optimal structure, market dynamism, and the strategy of simple rules. **Administrative Science Quarterly**, v. 54, n. 3, p. 413 - 452, 2009.

DESS, G. G.; BEARD, D. W. Dimensions of organizational task environments. **Administrative Science Quarterly**, v. 29, n.1, p. 52-73, 1984.

DUNCAN, R. B., Characteristics of Organizational Environments and Perceived Environmental Uncertainty. **Administrative Science Quarterly**, v. 17, n.3, p 313-327, 1972.

EASTERBY-SMITH, M.; PRIETO, I. M. Dynamic capabilities and knowledge management: an integrative role for learning? **British Journal of Management**, v. 19; n.3, p. 235-249, 2008.

EISENHARDT, K. M.; MARTIN, J. A. Dynamic capabilities: what are they? **Strategic Management Journal**, v. 21, p. 1105-1121, 2000.

FBH, Federação Brasileira de Hospitais. Disponível em: <http://fbh.com.br/health_indicators/leit-os-de-hospitais/>. Acesso em: 17 dez 2016.

FEDERAÇÃO das Santas Casas e Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <<http://www.federacaors.org.br/news/detail/3404>>. Acesso em: 17 dez 2016.

FEHOSUL, Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em: <<https://setorsau.de.com.br/fehosul-e-anahp-alertam-sobre-aumento-de-custos-na-saude/>>. Acesso em: 17 dez 2016.

FELDMAN, M. S.; PENTLAND, B, T. Reconceptualizing organizational routines as a source of flexibility and change. **Administrative Science Quarterly**, n. 48, p. 94-118, 2003.

FERREIRA JÚNIOR, W.C. Ampliação dos Serviços Hospitalares Privados na Cidade de São Paulo: uma estratégia ou uma aposta? **Tese (Doutorado em Administração)**. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2011.

FERREIRA, M. A. S. P. V.; REIS, N. R.; SERRA, F. A. R.; COSTA, B. K. Entendendo a pegada da VBR nos estudos em negócios internacionais: os últimos vinte anos de pesquisa. **Brazilian Business Review**, v.11, n. 4, p. 57-90, 2014.

FLATTEN, T. C.; ENGELEN, A.; ZAHRA, S. A.; BRETTEL, M. A measure of absorptive capacity: Scale development and validation. **European Management Journal**. v. 29, n.2, p. 98-116, 2011.

FOSFURI, A.; TRIBÓ, J. A. Exploring the antecedents of potential absorptive capacity and its impact on innovation performance. **The International Journal of Management Science**, v. 36, n. 2, p. 173-187, 2008.

FRANCISCO, F. R. Aplicação de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) na tomada de decisão em hospitais. **Dissertação (Mestrado em Administração)**. Escola de Administração na Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2017.

FREEMAN, C.; PEREZ, C. **Structural Crisis of Adjustment**: business cycles and investment behavior". In: DOSI, G. *et al.* *Technical Change and Economic Theory*. Londres: Pinter Publishers, p. 38-66, 1988.

GERARD, J. A. A Theory of Organizational Routines: Development of a Topology and Identification of Contextual Determinants. **Ann Arbor: ProQuest UMI Dissertation Publishing**, 2009.

GIL, Antônio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 21-29, 1995.

GONÇALO, C. R.; BORGES, M. L. Organizações de saúde intensivas em conhecimento: um estudo no contexto de serviços de alta complexidade. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 449-461, 2010.

GONÇALVES, E. L. Estrutura organizacional do hospital moderno. **RAE- Revista de Administração de Empresas**, v.38, n. 1, p. 80-90, 1998.

GRANT, R. M. The Resource Based Theory of competitive advantage: implications for strategy for strategy formulation. **California Management Review**, v. 33, n. 3, p. 114-135, 1991.

GUERRA, R. M. A.; TONDOLO, V. A. G. ; CAMARGO, Maria Emilia . O que (ainda) podemos aprender sobre Capacidades Dinâmicas. **Revista Iberoamericana de Estratégia**, v. 15, p. 44-64, 2016.

HALL, R. The strategic analysis of intangible resources. **Strategic Management Journal**, v. 13, p. 135-144, 1992.

HALL, R. H. **Organizações: estrutura, processos e resultados**. 8. ed. São Paulo: Prentice Hall do Brasil, 2004.

HELFAT, C. E. Know-how and asset complementarity and dynamic capability accumulation: The case of R&D, **Strategic Management Journal**, v. 18, n.5, p. 339-360, 1997.

HELFAT, C. E., FINKELSTEIN, S., MITCHELL, W., PETERAF, M. A., SINGH. H. TEECE, D. J.; WINTER, S. **Dynamic capabilities**: Understanding strategic change in organizations. Oxford: Blackwell, 2007.

HSVP, Hospital São Vicente de Paulo. **Relatório Social 2015**. Disponível em: <<http://www.hsvp.com.br/publicacoes/13/RelatorioSocial.html>>, Acesso em: 15 nov 2016.

HURLEY, R.; HULT, G. T. M. Innovation, market orientation, and organizational learning: An integration and empirical examination. **Journal of Marketing**, v. n.3, p. 62, p. 42-54, 1998.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/industria/pintec/2014/default_xls.shtm>.

Acesso em: 20 dez 2016.

ISIDRO-FILHO, A. Adoção de Inovações Apoiadas em Tecnologia da Informação e Comunicação, Formação de Competências e Estratégias de Aprendizagem em Hospitais. 2010. **Tese (Doutorado em Administração)**. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil, 2010.

JANSEN, J. J. P.; VAN DEN BOSCH, F. A. J.; VOLBERDA, H. W. Managing potential and realized absorptive capacity: How do organizational antecedents matter? **Academy of Management Journal**, v.48, n.6, p. 999-1015, 2005.

KOGUT B, ZANDER U. Knowledge of the firm, combinative capabilities, and the replication of technology. **Organization Science**. Maryland, v. 3, n. 3, p. 383 - 397, 1992.

LA FORGIA B.; COUTTOLENC, B. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. The World Bank. São Paulo: Singular; 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LANE, P. J.; KOKA, B. R.; PATHAK, S. The reitification of absorptive capacity: a critical review and rejuvenation of the construct. **Academy of Management Review**, v. 31, n. 4, p. 833-863, 2006.

LANE, P. J.; LUBATKIN, M. Relative absorptive capacity and interorganizational learning. **Strategic Management Journal**, v. 19, n. 5, p. 461 - 477, 1998.

LAVIE, D., STETTNER, U., TUSHMAN, M. L. Exploration and exploitation within and across organizations. **Academy of Management Annals**, v. 4, n. 1, p. 109–155, 2010.

LAWRENCE, P.; LORSCH, J. **Organizations and Environment**. Boston: Harvard University Press, 1967.

LAWRENCE, P. R.; LORSCH, J.W. **As Empresas e o Ambiente: Diferenciação e Integração Administrativas**. Petrópolis, 1973.

LAZONICK, W. PRENCIPE, A. Dynamic capabilities and sustained innovation: strategic control and financial commitment at Rolls-Royce Plc. **Industrial and Corporate Change**, v. 14, n.3, p. 501-542, 2005.

LEUNG, R. C. Increasing dynamic capabilities of health organizations with social media. **Advanced Series in Management**, v. 11, p. 129-142, 2013.

LIAO, S. H.; FEI, W. C.; CHEN, C. C. Knowledge sharing, absorptive capacity, and innovation capability: an empirical study of Taiwan's knowledge-intensive industries. **Journal of Information Science**, v. 33, n. 3, p. 340-359, 2007.

LIMAJ, E.; BERNROIDER, E. W. N.; CHOUDRIE, J. The impact of social information system governance, utilization, and capabilities on absorptive capacity and innovation: A case of Austrian SMEs. **Information & Management**, v. 53, n. 3, p. 380 - 397, 2016.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 2013.

LUMPKIN, G. T.; DESS, G. G. Linking two dimensions of entrepreneurial orientation to firm performance: the moderating role of environment and industry life cycle. **Journal of Business Venturing**, v. 16, p. 429-45, 2001.

MACHRY, H. S. O Impacto dos avanços da tecnologia nas transformações arquitetônicas dos edifícios hospitalares. **Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo)** Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MCKELVIE, A.; DAVIDSSON, P. From Resource Base to Dynamic Capabilities: an Investigation of New Firms. **British Journal of Management**, v. 20, n. 1, p. S63-S80, 2009.

MAJUMDAR, S. K. Sluggish giants, sticky cultures, and dynamic capability transformation. **Journal of Business Venturing**, v. 15, n. 1, p. 59-78, 2000.

MARCUS, A. A.; ANDERSON, M. H. A general dynamic capability: does it propagate business and social competencies in the retail. **Journal of Management Studies**, v. 43, n. 1, p. 19-46, 2006.

MARTINS, G. A.; THEÓFILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Atlas, 2007.

MATHIASSEN, L.; VAINIO, A. M. Dynamic capabilities in small software firms: a sense-and-respond approach. **IEEE Transactions on Engineering Management**, v. 54; n. 3; p. 522-538, 2007.

MATUSIK, S. F.; HILL, C. The utilization of contingent work, knowledge creation and competitive advantage. **Academy of Management Review**, v. 23, n. 4, p. 680-697, 1998.

Miller, D. The Structural and Environmental Correlates of Business Strategy. **Strategic Management Journal**, v. 8, n. 1, p. 55-76, 1987.

MILLER, D. FRIESEN, P. H. Strategy-making and environment: the third link. **Strategic Management Journal**, v. 4, n. 3, p. 221-235, 1983.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cenário epidemiológico do Brasil em 2033: uma prospecção sobre as próximas duas décadas**. Jarbas Barbosa da Silva Júnior ; Walter Massa Ramalho. Rio de Janeiro : Fundação Oswaldo Cruz, Textos para Discussão ; n. 17, 2015. Disponível em: < https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/17-PJSSaudeAmanha_Texto0017_A4_07-01-2016.pdf>. Acesso em: 20 mar 2017.

MINOTTO, R. **A estratégia em organizações hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

MOLINA, V. B.; BUSTINZA, O. F.; GUTIÉRREZ-GUTIÉRREZ, L. J. Explaining the Causes and Effects of Dynamic Capabilities Generation: A Multiple-Indicator Multiple-Cause Modeling Approach. **British Journal of Management**, p. 1-8, 2012.

MOZZATO, R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 5, n. 4, p. 731-747, 2011.

MUROVEC, N.; PRODAN, I. Absorptive capacity, its determinants, and influence on innovation output: Cross-cultural validation of the structural model. **Technovation**, v. 29, n. 12, p. 859-872, 2009.

NELSON, R. R.; WINTER, S. G. **Uma teoria evolucionária da mudança econômica**. Campinas: Unicamp, 2005.

NOETHER, M. Competition among hospitals. **Journal of Health Economics**, v. 7, n. 3, p. 259 – 284, 1988.

NOVAES, H. M.; PAGANINI, J. M. Garantia de qualidade: acreditação de hospitais para América Latina e o Caribe. **Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Federação Latino-Americana de Hospitais**, v. 13, 1992.

OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico. **Relatórios econômicos da OCDE Brasil**, Brasil 2015. Disponível em: <<http://www.oecd.org/eco/surveys/Brasil-2015-resumo.pdf>>. Acesso em: 25 mar 2017.

OLIVEIRA, D. M. L. Mensuração da capacidade absorptiva: proposta e validação de fatores de mensuração para organizações intensivas em conhecimento de Minas Gerais. **Dissertação (Mestrado em Administração)**. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

PADILHA, A. C.; MULLER, P. A.; MATTOS, P.; KELM, M. L. Aplicação de estrutura analítica para avaliação da capacidade absorptiva – o caso do Hospital da Cidade de Passo Fundo – RS. In: **Estudos Multidisciplinares no Corede Produção**, UPF: 2008.

PENG, D. X.; SCHROEDER, R. G.; SHAH, R. X. Linking routines to operations capabilities: a new perspective. **Journal of Operations Management**, v. 26, n.6, p. 730-748, 2008.

PENROSE, E.T. **The theory of the growth of the firm**. 3 ed. Oxford UK, 1959.

PEREIRA, M. F. Mudanças estratégicas em organizações hospitalares: uma abordagem contextual e processual. RAE - **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 83-96, 2000.

PETRONI, A. The analysis of dynamic capabilities in a competence-oriented organization. **Technovation**, v.18, n.3, p. 179-189, 1998.

PIENING, E. P. Insights into the process dynamics of innovation implementation: The case of public hospitals in Germany. **Public Management Review**, v. 13, n. 1, p. 127-157, 2011.

PINTO, L. F. V.; NOSSA, V.; TEIXEIRA, A. Inovação: estratégia de competitividade e sustentabilidade na gestão hospitalar. **Revista Contemporânea de Economia e Gestão**, v. 13, n. 3, 2015.

PORTER, Michael E. **Estratégia competitiva**. São Paulo: Campus, 1985.

PORTER, Michael E; TEISBERG, E.O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PORTO, É. C.; BRITO, L. A. L.; SILVA, A. A.; BATAGLIA, W.; BRITO, E. Z. Uma proposta de classificação com uso de munificência, dinamismo e complexidade. **Base**, v. 6, n. 2, p. 101-119, 2009.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. The Core Competence of the Corporation. **Harvard Business Review**, p. 3- 15, 1990.

PRIEM, R. L., BUTLER, J. E. Is the resource-based 'view' a useful perspective for strategic management research? **Academy of Management Review**, v. 26, n. 1, p. 22-40, 2001.

QUEIROZ, A. C. S.; MALIK, A. M.; STAL, E. Capacidades dinâmicas, inovação e modelos organizacionais: a trajetória de uma organização hospitalar. In: Encontro da ANPAD - EnANPAD, 2007. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.

QUEIROZ, T. L. A.; CAVALCANTE, P. As contribuições do software Atlas Ti para análise qualitativa de relatos de experiência escritos. In: X Congresso Nacional de Educação e Seminário Internacional de representações sociais, subjetividade e educação, Curitiba, 2011. **Anais...** Curitiba, 2011

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2011.

RIDDER, H. G.; DOEGE, V.; MARTINI, S. Differences in the implementation of diagnosis-related groups across clinical departments: a German hospital case study. **Health Services Research**, v. 42, n. 6, p. 2120-2139, 2007.

ROSA, K. C. O Desenvolvimento de Capacidades Dinâmicas como Recurso Estratégico em uma Organização do Segmento do Vestuário. **Dissertação (Mestrado em Administração)**. Escola de Administração da Faculdade Meridional (IMED), Passo Fundo, 2016.

SALGE, T. O.; VERA, A. Small steps that matter: incremental learning, slack resources and organizational performance. **British Journal of Management**, v. 24, n. 2, p. 156-173, 2013.

SANTOS, A.T. capacidade absorptiva no contexto do business intelligence 2.0. **Dissertação (Mestrado em Administração)**. Universidade do Vale de Itajaí, Biguaçu, 2015.

SCHUMPETER, J. A. **Teoria do desenvolvimento econômico**: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico. Tradução de: Maria Silvia Possas. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1982.

SETOR DE SAÚDE, **Tendências e inovações em saúde**. Disponível em: <<https://setorsaude.com.br/torelly/2016/11/01/tendencias-e-inovacoes-em-saude/>>. Acesso em: 20 dez 2016.

SHER, P. J.; LEE, V. C. Information technology as a facilitator for enhancing dynamic capabilities through knowledge management. **Information and Management**, v. 41, n. 8, p. 933-945, 2004.

SILVA, R. L. Análise das capacidades dinâmicas em uma empresa do setor de confecção têxtil: um estudo de caso da empresa MiraSul. **Dissertação (Mestrado em Administração)**. Escola de Administração da Faculdade Meridional (IMED), Passo Fundo, 2016.

STAKE, Robert E. **The art of case study research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995.

TALKE, K.; SALOMO, S.; KOCK, A. Top Management Team Diversity and Strategic Innovation Orientation: The Relationship and Consequences for Innovativeness and Performance. **Journal of Product Innovation Management**, v. 28, n. 6, p. 819–832, 2011.

TEECE, D.J. Explicating dynamic capabilities: the nature and microfoundations of (sustainable) enterprise performance. **Strategic Management Journal**, v. 28, n.13, p. 1319-1350, 2007.

TEECE, D.J. **Dynamic capabilities & strategic management**. Oxford: Oxford University Press, 2009.

TEECE, D.; PISANO, G. The dynamic capabilities of the firms: an introduction. **Industrial and Corporate Change**, v. 3; n. 3, 1994.

TEECE, D. J.; PISANO, G.; SCHUEN, A. Dynamic capabilities and strategic management. **Strategic Management Journal**, Chicago, v. 18, n. 7, p. 509-533, 1997.

TODOROVA, G.; DURISIN, B. Absorptive capacity: valuing a reconceptualization. **Academy of management Review**, v. 32, n. 3, p. 774-786, 2007.

TRIPSAS, M. Surviving radical technological change through dynamic capabilities: evidence from the typesetter industry. **Industrial and Corporate Change**, v. 6 n. 2, p. 341-377, 1997.

TU, Q.; VONDEREMBSE, M. A.; RAGU-NATHAN, T. S.; SHARKEY, T. W. Absorptive capacity: Enhancing the assimilation of time-based manufacturing practices. **Journal of Operations Management**, v. 24, n. 5, p. 692-710, 2006.

VARGAS, E. R. A Dinâmica da Inovação em Serviços: O caso dos serviços hospitalares no Brasil e na França. **Tese (Doutorado em Administração)**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

VASCONCELOS, F. C.; CYRINO, A. B. Vantagem competitiva: os modelos teóricos atuais e a convergência entre estratégia a teoria organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, v. 10, n. 4, p. 20-34, 2000.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 825 - 839, 2007.

VEGA-JURADO, J.; GUTIÉRREZ-GRACIA, A.; FERNÁNDES-de-LUCIO, I. Analyzing the determinants of firm's absorptive capacity: beyond R&D. **R&D Management**, v.38, n.4, p. 392-405, 2008.

VERSIANI, A.; CRUZ, M.; FERREIRA, M.; GUIMARÃES, L. Mensuração da Capacidade Absortiva: até que ponto a literatura avançou. In: Encontro Nacional da ANPAD - EnAMPAD. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2010.

VIEIRA, C. Gestão pública e relação público-privada na saúde. **Revista de Administração Hospital e Inovação em Saúde**, v. 12, n. 1, p. 85-100, 2015.

VIGNOCHI, L. Gestão do Conhecimento Organizacional baseado em evidências: uma análise do uso de indicadores para avaliação de desempenho em serviços hospitalares. **Dissertação (Mestrado em Administração)**. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2011.

WANG; C. L.; AHMED; P. K. The development and validation of the organisational innovativeness construct using confirmatory factor analysis. **European Journal of Innovation Management**, v. 7, n. 4, p. 303-313, 2004.

WANG; C. L.; AHMED; P. K. Dynamic Capabilities: a review and research agenda. **International Journal of Management Reviews**, Malden, v. 9, n. 1; p. 31-51, 2007.

WANG, H.; CHEN, W. R. Is firm-specific innovation associated with greater value appropriation? The roles of environmental dynamism and technological diversity. **Research Policy**, v. 39, p. 141-54, 2010.

WERNERFELT, B. A Resource-Based View of the Firm. **Strategic Management Journal**, p. 75-94, 1984.

WILLIAMS, S. D.; WHITTIER, N. C. Competitive balance implications for hospitals of innovations in networked electronic health records. **Competitiveness Review**, v. 17, n. 1-2, p. 26-36, 2007.

WINTER, S. G. Understanding Dynamic Capabilities. **Strategic Management Journal**, v. 24, p. 991-995, 2003.

WOICESHYN, J. DAELLENBACH, U. Integrative capability and technology adoption: evidence from oil firm. **Industrial and Corporate Change**, v. 14, n.2, p. 307-342, 2005.

WOOTEN, L. P., CRANE, P. Generating dynamic capabilities through a Humanistic Work Ideology: the case of a Certified-Nurse Midwife Practice in a Professional Bureaucracy. **American Behavioral Scientist**, v. 47, n. 6, p. 848-866, 2004.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**.5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZAHRA, S. A. Technology strategy and new venture performance: A study of corporate-sponsored and independent biotechnology ventures. **Journal of Business Venturing**, v. 11, n. 4, p. 289-321, 1996.

ZAHRA, S. A.; GEORGE, G. Absorptive capacity: a review, reconceptualization, and extension. **Academy of Management Review**, v. 27, n.2, p.185-203, 2002.

ZAHRA, S. A.; SAPIENZA, H. J.; DAVIDSSON, P. Entrepreneurship and dynamic capabilities: A review, model and research agenda. **Journal of Management Studies**, v. 43, n. 4, p. 917-955, 2006.

ZOLLO, M.; WINTER, S. G. Deliberate Learning and the Evolution of Dynamic Capabilities. **Organization Science**, v.13, n. 3, p. 339-351, 2002.

ZHOU, K. Z.; LI, C. B. How strategic orientations influence the building of dynamic capability in emerging economies. **Journal of Business Research**, v.63, n. 3, p. 224-231, 2010.

ZOTT, C. Dynamic capabilities and the emergence of intraindustry differential firm performance: Insights from a simulation study. **Strategic Management Journal**, v. 24, n. 2, p. 97-125, 2003.

ZWICKER, R.; TREVISANI, A.T.; CUNHA, V. A importância do monitoramento da emissão de sinais fracos. **REGE – Revista de Gestão USP**, v.13, p.51-59, 2006.

APÊNDICE A – ESTRUTURA DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

Perguntas para identificar as categorias do dinamismo do ambiente

Categorias	Questões antes do pré-teste	Autores	Modificações nas questões após o pré-teste
Dinamismo do ambiente	1.1- Você concorda que os hospitais atuam em um ambiente onde há mudanças o tempo todo? Poderia citar exemplos de mudanças nas áreas da tecnologia, da regulação e do próprio ciclo econômico e financeiro?	Wang e Ahmed (2007)	Mantém
	1.2 Quais são as oportunidades e ameaças mais relevantes no ambiente onde o hospital está inserido?	Wang e Ahmed (2007)	Mantém

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Perguntas para identificar as categorias de comportamentos e habilidades das dimensões da capacidade absorbtiva

Dimensões	Categorias (autores)	Questões antes do pré-teste	Autores	Modificações nas questões após o pré-teste
Aquisição	Capacidade de aproveitar oportunidades	2.1 - A organização tem costume de buscar informações diárias sobre o mercado em que atua (concorrentes, clientes, fornecedores, parceiros). Poderia me explicar como isto ocorre?	Teece (2007); Camargo (2012); Flatten <i>et al.</i> (2011).	2.1 - A organização tem o costume de analisar o mercado para identificar oportunidades e ameaças ao negócio? Quais são os stakeholders que a organização se detém nesta análise? Quais são mecanismos e rotinas utilizados para buscar essas informações?
	Incentivo aos colaboradores utilizar informações externas	2.2 - A gerência incentiva os colaboradores a utilizar informações externas dentro da organização? Poderia me dar alguns exemplos?	Flatten <i>et al.</i> (2011); Santos, (2015).	Mantém a questão. Houve mudança na categoria de "autonomia" para "incentivo aos colaboradores utilizar informações externas".
	Capacidade da organização entender a mudança	2.3 - A gerência espera que os colaboradores lidem com as informações além das que ela fornece, ou seja, além do mercado em que atuam? Poderia me dar exemplos?	Flatten <i>et al.</i> (2011); Camargo, (2012); Santos (2015).	Mantém
	Comportamento de entender a mudança como algo normal, incentivo a mudança	2.4 - A organização e os colaboradores tem atitudes positivas com relação à mudança? Cite exemplos.	Andreeva e Chaika (2006); Murovec e Pprodan (2009); Camargo (2012); Santos (2015).	2.4 - De que forma a organização e seus colaboradores agem quando ocorrem mudanças na organização? Suas atitudes são positivas? Poderia descrever algumas situações?
	Habilidade da organização aproveitar <i>Feedback</i>	2.5 - A organização tem a prática de ouvir feedbacks de clientes e fornecedores para monitorar seus serviços e efetuar mudanças quando necessário? Cite exemplos?	Camargo (2012).	2.5 - A organização tem a prática de ouvir feedbacks de clientes e fornecedores e colaboradores para monitorar seus serviços e efetuar mudanças quando necessário? Poderia me explicar como isso ocorre?
Assimilação	Acesso aos níveis decisórios	2.11 - A organização busca opinião dos colaboradores nas suas decisões? Dê exemplos.	Jansen, Van den Bosch e Volberda (2005); Camargo (2012); Brancher (2016).	2.11 - De que forma os colaboradores são envolvidos nas tomadas de decisão? A organização busca opinião dos colaboradores com ideias e sugestões, em casos de mudanças de processos? Poderia dar alguns exemplos? (A numeração foi alterada para 2.9 no roteiro final).

(Continua)

Dimensões	Categorias (autores)	Questões antes do pré-teste	Autores	Modificações nas questões após o pré-teste
	Troca de experiências entre funcionários e negociação	2.12 - Existe um suporte entre os colaboradores de diferentes departamentos para solução de problemas diversos da organização? A gerência incentiva o apoio interdepartamental?	Flatten <i>et al.</i> (2011); Camargo, (2012).	2.12. Existe um suporte entre os colaboradores de diferentes departamentos para solução de problemas diversos da organização e compartilhamento de experiências e práticas? A gerência e os demais líderes incentiva este apoio? Poderia me fornecer alguns exemplos? (A numeração foi alterada para 2.10 no roteiro final).
	Diversidade	2.13 - Como a organização compõem as equipes, em termos de gênero, idade, áreas de formação, cultura, raça? As equipes são diversificadas? Poderia citar alguns exemplos?	Jansen, Van den Bosch e Volberda (2005); Camargo (2012); Oliveira (2016).	Mantém. (A numeração foi alterada para 2.11 no roteiro final).
	Comunicação	2.14 - Como funcionam os processos de comunicação dentro da empresa? Existe preocupação em repassar informações entre os colaboradores de diferentes áreas?	Andreeva e Chaika (2006); Camargo, (2012).	2.14 - Como funcionam os processos de comunicação dentro e fora da empresa? Existe preocupação em repassar informações entre os colaboradores de diferentes áreas? E quais são os sistemas e tecnologias da informação que favorecem esse compartilhamento da informação (internet, e-mails, whatsApp, Skype, facebook, entre outros)? (A numeração foi alterada para 2.12 no roteiro final)
	Entendimento das necessidades do cliente; orientação para o cliente.	2.15 - A organização compreende rapidamente novas oportunidades para servir os clientes? Dê exemplos?	Jansen, Van den Bosch e Volberda (2005); Camargo (2012).	2.15 - A organização compreende rapidamente novas oportunidades para servir os clientes, melhorando constantemente os processos de negócio, avaliando necessidades de mudanças? Poderia descrever alguma situação de como isto ocorreu? (A numeração foi alterada para 2.13 no roteiro final)
Transformação	Compartilhamento de objetivos / experiências	2.20 - Os colaboradores utilizam conhecimento de outros departamentos? Compartilham experiências e práticas entre os departamentos? Comente a respeito.	Flatten et al. (2011); Camargo (2012).	Responde com a questão 2.12 de Comportamentos e Habilidades da ACAP - Assimilação, portanto foi contemplada na mesma. A questão 2.20 foi eliminada

(Continua)

Dimensões	Categorias (autores)	Questões antes do pré-teste	Autores	Modificações nas questões após o pré-teste
	Conectividade, confiança, cooperação, interação	2.21 - Existe colaboração entre os colaboradores, de forma espontânea? Esta colaboração facilita a troca de ideias e interpretações entre as áreas? Poderia dar algum exemplo?	Jansen, Van den Bosch e Volberda (2005); Versiani <i>et al.</i> (2010).	Mantém. A numeração foi alterada para 2.18 no roteiro final.
	Aceitação de propostas ; liberdade de opinião.	2.22 - Quando ocorre alguma mudança na organização, ela proporciona a participação de todos com ideias e sugestões no novo processo? Dê exemplos.	Jansen, Van den Bosch e Volberda (2005); Camargo (2012); Brancher (2016).	Responde com a questão 2.11 de Comportamentos e Habilidades da ACAP - Assimilação, portanto foi contemplada na mesma. A questão 2.22 foi eliminada.
Aplicação	Habilidade de desenvolvimento de projetos.	2.27 - A organização possui de atividades de pesquisa e desenvolvimento (P&D) estruturadas internamente?	Veja-Jurado, Gutiérrez-Gracia; Fernádes-de-Lucio (2008); Camargo (2012).	2.27 A organização possui de atividades de pesquisa e desenvolvimento (P&D) estruturadas internamente? Caso não tenha, quem ou que setor é responsável pelo desenvolvimento de projetos? (A numeração foi alterada para 2.22 no roteiro final)
	Habilidade de trabalhar com novas tecnologias;	2.28 - A organização tem habilidade de trabalhar através da adoção de novas tecnologias e inovar frente aos concorrentes? Poderia citar alguma situação em que isto ocorreu?	Flaten <i>et al.</i> (2011); Santos (2015)	Mantém. A numeração foi alterada para 2.23 no roteiro final.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Perguntas para identificar as categorias de processos e rotinas das dimensões da capacidade absorviva

Dimensões	Categorias	Questões antes do pré-teste	Autores	Modificações nas questões após o pré-teste
Aquisição	Rotinas de controle;	2.6 - As rotinas e os processos voltados para inovação, na sua organização, são conduzidos por regras claras e explícitas, ou seja, existem procedimentos que guiam a conduta dos colaboradores para identificação de informações externas? Quais são estes procedimentos?	Jansen, Van den Bosch e Volberda (2005); Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia; Fermández-de-Lucio (2008); Cruz (2011); Camargo (2012).	2.6- Como são conduzidas as rotinas e os processos na sua organização, as regras são claras e explícitas, ou seja, existem procedimentos que guiam a conduta dos colaboradores? Existe a cultura de formalização e criação de Normas para apoiar suas operações? Poderia citar alguns procedimentos e Normas?
	Rotinas de receber Feedback	2.5 - A organização tem a prática de ouvir feedbacks de clientes e fornecedores e colaboradores para monitorar seus serviços e efetuar mudanças quando necessário? Poderia me explicar como isso ocorre?	Camargo (2012).	Mantém
	Rotinas de busca de informações externas: pesquisas de mercado, satisfação de clientes, empregados; rotinas de avaliação das necessidades de mudanças na empresa.	2.7 - Existem rotinas implantadas na organização, que garantem a busca sistemática de informações externas relevantes para o seu negócio? Quais são essas rotinas?	Tu <i>et al</i> (2006); Cruz (2011); CAMARGO (2012)	Responde com a questão 2.3 de Comportamentos e Habilidades da ACAP - Aquisição. A questão 2.7 foi eliminada.
	Rotinas de Investimento em Pesquisa e Desenvolvimento	2.8 - A organização costuma investir em pesquisa e desenvolvimento? Seus gastos para esta finalidade são significativos? Poderia citar os casos que a organização incentiva atualmente?	Murovec e Prodan (2009); Camison e Forés (2010); Silva (2015).	Mantém. A numeração foi alterada para 2.7 no roteiro final.
	Rotinas de estabelecimento de padrões operacionais	2.9 - A organização tem cultura de formalização e criação de Normas para apoiar suas operações? Em caso positivo, até que ponto os processos são documentados e qual sua influência na prática da organização?	Jansen, Van den Bosch e Volberda (2005); Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia; Fermández-de-Lucio (2008); Cruz (2011); Camargo,(2012).	Responde com a questão 2.6 de Processos e Rotinas da ACAP - Aquisição. A questão 2.9 foi eliminada.

(Continua)

Dimensões	Categorias	Questões antes do pré-teste	Autores	Modificações nas questões após o pré-teste
Assimilação	Rotinas de discussão para obtenção de soluções de problemas e novas situações	2.12. Existe um suporte entre os colaboradores de diferentes departamentos para solução de problemas diversos da organização e compartilhamento de experiências e práticas? A gerência e os demais líderes incentiva este apoio? Poderia me fornecer alguns exemplos?	Flatten <i>et al.</i> (2011); Camargo (2012); Santos (2015).	Responde com a questão 2.12 de Comportamentos e Habilidades da ACAP - Assimilação. A numeração foi alterada para 2.10 no roteiro final.
	Rotina de rodízio de pessoas entre funções chave da empresa	2.16 - A organização pratica habitualmente a rotação de funções e tarefas entre os empregados (Job Rotation)? Com que frequência essa prática ocorre? De que forma isto ocorre normalmente?	Flatten <i>et al.</i> (2011); Camargo (2012); Santos (2015)	Mantém. A numeração foi alterada para 2.14 no roteiro final
Transformação	Rotinas de qualificação de pessoal, treinamento de profissionais	2.22 - A organização investe em treinamento com pessoal? Poderia citar alguns desses treinamentos?	Murovec e Prodan, (2009); Flatten <i>et al.</i> (2011); Camargo (2012);	Mantém. A numeração foi alterada para 2.19 no roteiro final.
	Rotina de rodízio de pessoas entre funções chave da empresa	2.16 - A organização pratica habitualmente a rotação de funções e tarefas entre os empregados (Job Rotation)? Com que frequência essa prática ocorre? De que forma isto corre normalmente?	Flatten <i>et al.</i> (2011); Camargo (2012); Santos (2015)	Mesma questão que mecanismo de assimilação
Aplicação	Desenvolvimento de novos serviços, processos, projetos de novos serviços; projetos pilotos	2.29 - A gerência dá suporte ao desenvolvimento de novos modelos de processos, novos serviços dentro da organização? Desenvolve projeto piloto para controle das variáveis antes de iniciar a execução dos serviços? Poderia citar exemplos?	Flatten <i>et al.</i> (2011); Camargo (2012).	Mantém. A numeração foi alterada para 2.24 no roteiro final.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Perguntas para identificar as categorias de mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento das dimensões da capacidade absorbitiva

Dimensões	Categorias	Questões antes do pré-teste	Autores	Modificações nas questões após o pré-teste
Aquisição	Mecanismos de busca: pesquisas; aquisição de empresas; contratação de profissionais qualificados; interação com o cliente	2.7 - Existem mecanismos e rotinas implantadas na organização, que garantem a busca sistemática de informações externas relevantes para o seu negócio? Quais são (pesquisas, busca de profissionais qualificados, aquisição, fusões, etc.)? (processos e rotinas de aquisição; mecanismos de aplicação).	Flatten <i>et al.</i> (2011); Camargo (2012).	Responde com a questão 2.1 de Comportamentos e Habilidades da ACAP - Aquisição. Essa questão foi inserida como complementar a questão n. 2.1. A questão 2.7 foi eliminada.
	Feedback	2.5 - A organização tem a prática de ouvir feedbacks de clientes e fornecedores e colaboradores para monitorar seus serviços e efetuar mudanças quando necessário? Poderia me explicar como isso ocorre?	Camargo (2012).	Mantém.
	Padrões, normas e procedimentos	2.9 - A organização tem cultura de formalização e criação de Normas para apoiar suas operações? Em caso positivo, até que ponto os processos são documentados e qual sua influência na prática da organização?	Jansen, Van den Bosch e Volberda (2005); Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia; Fernández-de-Lucio (2008); Versiani <i>et al.</i> (2010); Camargo (2012).	Responde com a questão 2.6 de Processos e Rotinas da ACAP - Aquisição. A questão 2.9 foi eliminada.
	Interação informal com outras organizações	2.10 - A organização participa de interações informais com outras instituições, tais como feiras, eventos, entre outros? Poderia citar alguns exemplos.	Tu <i>et al.</i> (2006); Oliveira (2016).	Mantém. A numeração foi alterada para 2.8 no roteiro final.
	Rotação de funções/tarefas	2.16 - A organização pratica habitualmente a rotação de funções e tarefas entre os empregados (Job Rotation)? Com que frequência essa prática ocorre? De que forma isto corre normalmente?	Jansen; Van Den Bosch; Volberda, (2005) Flatten <i>et al.</i> (2011); Santos (2015).	Mantém. A numeração foi alterada para 2.14 no roteiro final
Assimilação	Discussões; mecanismos de integração social; reuniões	2.17 - Com que frequência a organização realiza encontros para trocas de conhecimento entre os funcionários de diferentes departamentos (reunião, coffee break, encontros de integração)? O que é tratado nesses encontros?	Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia; Fernández-de-Lucio (2008); Santos (2015)	Mantém. A numeração foi alterada para 2.15 no roteiro final.

(Continua)

Dimensões	Categorias	Questões antes do pré-teste	Autores	Modificações nas questões após o pré-teste	
Transformação	Benchmarking industrial	2.18 - A organização utiliza conhecimento ou tecnologias provenientes de experiências de outras organizações do segmento hospitalar? Caso positivo, poderia me dar alguns exemplos de como isto ocorre?	Camisón e Forés (2010); Cruz (2011).	Mantém. A numeração foi alterada para 2.16 no roteiro final.	
	Interface entre função (time, força, tarefa); Grupos de trabalho para o desenvolvimento de projetos ou atividades não rotineiras	2.19 - A organização tem o costume de formar equipes de trabalho envolvendo pessoas de diferentes departamentos/filiais? Como esta prática é realizada?	Jansen, Van den Bosch e Volberda (2005); Cruz (2011); Camargo (2012).	Mantém. A numeração foi alterada para 2.17 no roteiro final.	
	Interface entre função (time, força, tarefa)	2.19 - A organização tem o costume de formar equipes de trabalho envolvendo pessoas de diferentes departamentos/filiais? Como esta prática é realizada?	Jansen, Van den Bosch e Volberda (2005); Cruz (2011); Camargo (2012).	Mantém. A numeração foi alterada para 2.17 no roteiro final.	
	Utilização de tecnologia da informação	2.24 - Quais são os sistemas e tecnologias da informação que favorecem o compartilhamento coordenado da informação na organização (internet, e-mails, whatsApp, Skype, facebook, entre outros)?	Camisón e Forés (2010); Cepeda-Carrion <i>et al.</i> , (2012); Oliveira (2016).	Responde com a questão 2.14 de Comportamentos e Habilidades da ACAP - Assimilação, portanto esta questão foi incorporada naquela. Portanto a questão 2.24 foi eliminada. (A numeração foi alterada para 2.12 no roteiro final)	
	Táticas de socialização (compartilhamento de experiências)	2.25 - Como a organização compartilha as informações entre seus colaboradores (comitês de qualidade para discutir os problemas, reuniões, etc.)?	Zahra e George, (2002); Jansen, Van den Bosch e Volberda (2005); Santos (2016).	2.25- Além dos sistemas de informações já citados, tem mais alguma forma de compartilhamento de informações entre seus colaboradores (comitês de qualidade para discutir os problemas, reuniões, etc.)? (A numeração foi alterada para 2.20 no roteiro final)	
	Rotação de funções/tarefas	2.16 - A organização pratica habitualmente a rotação de funções e tarefas entre os empregados (Job Rotation)? Com que frequência essa prática ocorre? De que forma isto corre normalmente?	Jansen, Van Den Bosch, Volberda, (2005) Flatten <i>et al.</i> (2011); Santos (2015).	Mantém. A numeração foi alterada para 2.14 no roteiro final	
	Treinamentos	2.22 - A organização investe em treinamento com pessoal? Poderia citar alguns desses treinamentos?	Murovec e Prodan (2009); Flatten <i>et al.</i> (2011); Camargo (2012)	Mantém. A numeração foi alterada para 2.19 no roteiro final.	

(Continua)

Dimensões	Categorias	Questões antes do pré-teste	Autores	Modificações nas questões após o pré-teste
Aplicação	Endomarketing (Comunicação)	2.26 - As informações transitam com facilidade por diferentes níveis hierárquicos, departamentos e equipes? A organização consegue atingir todos os colaboradores (comunicação interna, endomarketing)? Poderia mencionar situações em que isto ocorreu?	Tu <i>et al.</i> (2006); Camargo (2012).	Mantém. A numeração foi alterada para 2.21 no roteiro final.
	Táticas de socialização (compartilhamento de experiências)	2.25 - Como a empresa compartilha as informações entre seus colaboradores (comitês de qualidade para discutir os problemas, reuniões, etc.)?	Zahra e George, (2002); Jansen, Van den Bosch e Volberda (2005); Santos (2016).	2.25- Além dos sistemas de informações já citados, tem mais alguma forma de compartilhamento de informações entre seus colaboradores (comitês de qualidade para discutir os problemas, reuniões, etc.)? (A numeração foi alterada para 2.20 no roteiro final)
	Padrões, normas e procedimentos	2.9 - A organização tem cultura de formalização e criação de Normas para apoiar suas operações? Em caso positivo, até que ponto os processos são documentados e qual sua influência na prática da organização?	Jansen, Van den Bosch e Volberda (2005); Vega-Jurado, Gutiérrez-Gracia; Fernández-de-Lucio <i>et al.</i> (2008); Versiani <i>et al.</i> (2010); Camargo (2012)	Responde com a questão 2.6 de Processos e Rotinas da ACAP - Aquisição. Portanto a questão 2.9 foi eliminada.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Perguntas para identificar as categorias de comportamentos e habilidades das dimensões da capacidade de inovação

Dimensões	Categorias	Questões antes do pré-teste	Autores	Modificações nas questões após o pré-teste
Inovação em Serviço	Habilidades criativa	3.1. Quando a organização adiciona novas funções ou características em serviços existentes, ou introduz novos serviços no mercado, como os clientes percebem essas mudanças? Eles os veem como uma grande inovação em relação aos existentes no mercado?	Wang e Ahmed (2004); Camargo (2012).	Mantém

(Continua)

Dimensões	Categorias	Questões antes do pré-teste	Autores	Modificações nas questões após o pré-teste
Inovação de Mercado	Agilidade em inovar	3.2 - Na introdução de novos serviços, a organização é muitas vezes a primeira no mercado, comparando aos concorrentes? Poderia descrever alguma situação ocorrida?	Wang e Ahmed (2004).	3.2. Na introdução de novos serviços, a organização é muitas vezes a primeira no mercado, comparando aos seus concorrentes, ela pode ser considerada pioneira em novas técnicas, processos e novas tecnologias? Poderia descrever alguma situação ocorrida?
	Orientação ao cliente (capacidade de satisfazer as necessidades do cliente)	3.3 - Os produtos e serviços desenvolvidos pela organização são bem aceitos no mercado? Em sua opinião, o que desenvolve está característica?	Liao, Fei e Chen (2007); Camargo (2012).	Está questão foi excluída, pois percebeu-se que não faz sentido questionar a importância do serviço hospitalar para a comunidade, visto que este é vital.
	Educação do mercado	3.6 - Os serviços lançados recentemente pela organização são considerados inovadores ou pequenas modificações dos anteriores? Poderia descrever algum caso?	Wang e Ahmed (2004).	Mantém. A numeração foi alterada para 3.5 no roteiro final
Inovação de processo	Tecnologia de ponta	3.7 - Na introdução de novos processos e serviços a organização pode ser considerada pioneira em novas técnicas, processos e novas tecnologias?	Wang e Ahmed (2004); Camargo (2012).	Responde com a questão 3.2 de Comportamentos e Habilidades de inovação em serviços, portanto foi contemplada na mesma. A questão 3.7 foi eliminada.
	Capacidade de introduzir novos métodos para realização dos processos e serviços	3.11 - Quando a organização não consegue resolver um problema utilizando métodos convencionais ela improvisa utilizando novos métodos? Poderia descrever alguma situação ocorrida?	Wang e Ahmed (2004).	Mantém. A numeração foi alterada para 3.7 no roteiro final.
	capacidade de introduzir novos equipamentos para prestação de serviços	3.12 - A organização tem costume de desenvolver constantemente novas habilidades e adquirir novos equipamentos para melhorar o processo de realização dos serviços? Poderia me dar algum exemplo?	Wang e Ahmed (2004); Liao, Fei e Chen (2007).	Mantém. A numeração foi alterada para 3.8 no roteiro final
	Novas abordagens de gestão	3.13 - A organização, durante os últimos anos, tem desenvolvido novas abordagens e modelos de gestão? Poderia citar alguma situação?	Wang e Ahmed (2004).	Mantém. A numeração foi alterada para 3.9 no roteiro final

(Continua)

Dimensões	Categorias	Questões antes do pré-teste	Autores	Modificações nas questões após o pré-teste
Inovação Comportamental	Comprometimento com a mudança	3.17 - A organização está disposta a experimentar novas formas de fazer as coisas, buscando assim soluções novas e incomuns? Poderia comentar sobre alguma situação ocorrida?	Wang e Ahmed (2004); Camargo (2012).	Mantém
	Cultura organizacional para inovação	3.18 - Os gestores apoiam quando os colaboradores querem experimentar novas maneiras de fazer as coisas?	Wang e Ahmed (2004).	3.18 E quanto aos gestores, eles apoiam essa prática? De que forma? (A numeração foi alterada para 3.12 no roteiro final)
Inovação Estratégica	Capacidade de assumir riscos	3.20 - A organização e seus gestores estão dispostos a assumir riscos elevados para aproveitar e explorar oportunidades de crescimento? Poderia citar algum caso ocorrido?	Wang e Ahmed (2004).	Mantém. A numeração foi alterada para 3.14 no roteiro final
	Soluções em tecnologias inovadoras	3.21 - A organização investe em Pesquisa e Desenvolvimento? Se positivo, como você classifica os recursos investidos? Estes recursos são suficientes para acompanhar as necessidades impostas pelo mercado?	Wang e Ahmed (2004).	3.21- Com relação a P& D, como você classifica os recursos investidos (soluções em tecnologia, etc.)? Estes recursos são suficientes para acompanhar as necessidades impostas pelo mercado? (A numeração foi alterada para 3.15 no roteiro final)
	Habilidade de gerar soluções para problemas complexos	3.22 - A organização e gestores buscam constantemente novas soluções e ideias para resolução de problemas? Poderia me dar alguns exemplos?	Wang e Ahmed (2004); Andreeva e Chaika (2006).	Mantém. A numeração foi alterada para 3.16 no roteiro final
	Capacidade de gerenciar objetivos organizacionais	3.23 - Quando a organização encontra novas formas de fazer as coisas, ela muda e se adapta rapidamente a esse novo sistema? Poderia citar algum exemplo?	Wang e Ahmed (2004).	Mantém. A numeração foi alterada para 3.17 no roteiro final.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Perguntas para identificar as categorias de processos e rotinas das dimensões da capacidade de inovação

Dimensões	Categorias	Questões antes do pré-teste	Autores	Modificações nas questões após o pré-teste
Inovação em serviços	Rotinas de desenvolvimento de novos projetos, serviços e processos	3.4 - Com que frequência a organização estabelece novos serviços e processo e desenvolve novos projetos? Poderia citar algum exemplo?	Camargo (2012); Costa (2013).	Mantém. A numeração foi alterada para 3.3 no roteiro final.
Inovação de mercado	Rotinas de marketing	3.8 - A organização possui programas de marketing? Estes programas, se comparado aos concorrentes, podem ser revolucionários no mercado? Poderia comentar sobre alguns dos programas que a organização possui?	Wang e Ahmed (2004); Camargo (2012).	3.8- A organização adota estratégias, pesquisas de mercado, e programas de marketing para promover os novos serviços introduzidos no mercado, assim como os já existentes? Estes programas, se comparado aos concorrentes, podem ser revolucionários no mercado? Poderia comentar sobre alguns dos programas ou estratégias que a organização possui? (A numeração foi alterada para 3.6 no roteiro final)
Inovação de processos	Projetos pilotos	3.14 - A organização tem costume de desenvolver projeto piloto, visando o controle de variáveis, quando desenvolve novos processos, antes de iniciar a execução do serviço?	McKelvin e Davidsson (2009); Camargo (2012).	Responde com a questão 2.29 de Processos e Rotinas de ACAP - Aplicação. Dessa forma a questão 3.14 foi eliminada.
Inovação comportamental	Rotinas de avaliação de necessidades de mudanças	3.15 - A organização melhora constantemente os processos de negócio, avaliando necessidades de mudanças? De que forma?	Wang e Ahmed (2004); Camargo (2012).	Responde com a questão 2.15 de Comportamento e habilidades de ACAP - Assimilação. Dessa forma a questão 3.15 foi eliminada.
Inovação estratégica	Motivação da inovação	3.19 - Os colaboradores e gestores são incentivados a pensar e se comportar de maneira original e inovadora? O que a organização tem feito para motivar a inovação e geração de ideias?	Wang e Ahmed (2004); Costa (2013).	Mantém. A numeração foi alterada para 3.13 no roteiro final.
	Rotinas de estrutura organizacional para inovação	3.24 - Existe uma equipe (um funcionário) ou um departamento responsável pela detecção e implementação das mudanças?	Costa (2013)	Mantém. A numeração foi alterada para 3.18 no roteiro final.

(Continua)

Perguntas para identificar as categorias de mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento das dimensões da capacidade de inovação

Dimensões	Categorias	Questões antes do pré-teste	Autores	Modificações nas questões após o pré-teste
Inovação em serviços	Mecanismos de controle (desempenho, qualidade e pesquisa de satisfação de clientes)	3.5 - Como você considera a taxa de sucesso dos serviços introduzidos pela organização em relação aos concorrentes? Quais são os mecanismos utilizados para este controle (controle de desempenho, controle de qualidade, pesquisa de satisfação dos clientes, acompanhamento de projetos)?	Wang e Ahmed (2004); Camargo (2012).	Mantém. A numeração foi alterada para 3.4 no roteiro final
	Acompanhamento de projetos pela alta administração (CAMARGO, 2012).			
Inovação de Mercado	Pesquisas de mercado	3.9 - Quando a organização adiciona novas funções ou características em serviços existentes ou introduz novos serviços no mercado, ela tem a prática de realizar pesquisas com clientes e analisar os concorrentes que fazem parte deste mercado? De que forma?	Wang e Ahmed (2004) Camargo (2012).	Incorporadas na questão 3.8 de Processos e Rotinas de inovação de mercado. As questões 3.9 e 3.10 foram eliminadas.
	Interação com o cliente,	3.10 - A organização adota estratégias e programas de marketing para promover os novos produtos e serviços, assim como os já existentes? Dê alguns exemplos.	Wang e Ahmed (2004) Camargo (2012)	
Inovação de Processo	Mecanismo de suporte técnico para realização das mudanças nos processos de realização de serviços	3.16 - Existe suporte técnico para auxiliar a organização na adoção de diferentes procedimentos operacionais para acelerar a realização dos objetivos da empresa? Poderia citar alguns casos?	Liao, Fei e Chen (2007); Camargo (2012).	Mantém. A numeração foi alterada para 3.10 no roteiro final.
	Sinergia do grupo	3.17 - A organização está disposta a experimentar novas formas de fazer as coisas, buscando assim soluções novas e incomuns? Poderia comentar sobre alguma situação ocorrida?	Wang e Ahmed (2004).	Mantém. A numeração foi alterada para 3.11 no roteiro final

(Continua)

Dimensões	Categorias	Questões antes do pré-teste	Autores	Modificações nas questões após o pré-teste
Inovação Estratégica	Experimentação; aprendizado prático	3.25 - Quando uma nova ideia de um novo serviço é gerada, como se dá o processo de avaliação, seleção e implantação dessa ideia na organização? Existe algum procedimento padrão para incorporá-las ou é realizado de forma aleatória? São realizados experimentos e aprendizagem sobre essa nova ideia antes de lançá-la ao mercado?	Camargo (2012).	Mantém. A numeração foi alterada para 3.19 no roteiro final

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Estamos realizando uma pesquisa sobre capacidades dinâmicas em organizações hospitalares, com foco na capacidade absorptiva e de inovação, para dissertação de Mestrado, sob a orientação da Profa. Dra. Cassiana Maris Lima Cruz e co-orientação do Prof. Dr. Carlos Ricardo Rossetto. O assunto capacidades dinâmicas é considerado por especialistas relevante do ponto de vista da área de Administração de Empresas. Trata-se de uma teoria que busca explicar como as organizações criam mudanças nos mercados em que atuam ou como se adaptam diante das mudanças do ambiente de negócio no qual a mesma opera.

O objetivo desta pesquisa é compreender os mecanismos e instrumentos de desenvolvimento da capacidade absorptiva e da capacidade de inovação em organizações do setor hospitalar. Para realização do estudo será necessário levantamento de informações referente à: (a) comportamentos e habilidade; (b) processos e rotinas; (c) mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento, que atuam no desenvolvimento das capacidades dinâmicas.

Os dados da entrevista serão utilizados exclusivamente para fins científicos e sua identidade será mantida em sigilo.

Agradecemos por poder contar com sua valiosa participação.

1) DADOS GERAIS

Organização: _____

Data da entrevista: ___/___/___ **Entrevistado(a):** _____

Função: _____ **Escolaridade:** _____

Formação: _____ **Tempo de empresa:** _____

1. DINAMISMO DO SETOR

1.1 Você concorda que os hospitais atuam em um ambiente onde há mudanças o tempo todo? Poderia citar exemplos de mudanças nas áreas da tecnologia, da regulação e do próprio ciclo econômico e financeiro?

1.2 Quais são as oportunidades e ameaças mais relevantes no ambiente onde o hospital está inserido?

2. CAPACIDADE ABSORTIVA

Capacidade de Aquisição

2.1. A organização tem o costume de analisar o mercado para identificar oportunidades e ameaças ao negócio? Quais são os stakeholders que a organização se detém nesta análise? Quais são mecanismos e rotinas utilizados para buscar essas informações (pesquisas, busca de profissionais qualificados, aquisição, fusões, benchmarking, etc.)?

2.2 A gerência incentiva os colaboradores a utilizar informações externas dentro da organização? Poderia me dar alguns exemplos?

2.3 A gerência espera que os colaboradores lidem com as informações além das que ela fornece, ou seja, além do mercado em que atuam? Poderia me dar exemplos?

2.4 De que forma a organização e seus colaboradores agem quando ocorrem mudanças na organização? Suas atitudes são positivas? Poderia descrever algumas situações?

2.5 A organização tem a prática de ouvir feedbacks de clientes, fornecedores e colaboradores para monitorar seus serviços e efetuar mudanças quando necessário? Poderia me explicar como isso ocorre?

2.6 Como são conduzidas as rotinas e os processos na sua organização, as regras são claras e explícitas, ou seja, existem procedimentos que guiam a conduta dos colaboradores? Existe a cultura de formalização e criação de Normas para apoiar suas operações? Poderia citar alguns procedimentos e Normas?

2.7 A organização costuma investir em pesquisa e desenvolvimento? Seus gastos para esta finalidade são significativos? Poderia citar os casos que a organização incentiva atualmente?

2.8 A organização participa de interações informais com outras instituições, tais como feiras, eventos, entre outros? Poderia citar alguns exemplos.

Capacidade de Assimilação

2.9 De que forma os colaboradores são envolvidos nas tomadas de decisão? A organização busca opinião dos colaboradores com ideias e sugestões, em casos de mudanças de processos? Poderia dar alguns exemplos?

2.10 Existe um suporte entre os colaboradores de diferentes departamentos para solução de problemas diversos da organização e compartilhamento de experiências e práticas? A gerência e os demais líderes incentiva este apoio? Poderia me fornecer alguns exemplos?

2.11 Como a organização compõem as equipes, em termos de gênero, idade, áreas de formação, cultura, raça? As equipes são diversificadas? Poderia citar alguns exemplos?

2.12 Como funcionam os processos de comunicação dentro e fora da empresa? Existe preocupação em repassar informações entre os colaboradores de diferentes áreas? E quais são os sistemas e tecnologias da informação que favorecem esse compartilhamento da informação (internet, e-mails, whatsApp, Skype, facebook, entre outros)?

2.13 A organização compreende rapidamente novas oportunidades para servir os clientes, melhorando constantemente os processos de negócio, avaliando necessidades de mudanças? Poderia descrever alguma situação de como isto ocorreu?

2.14 A organização pratica habitualmente a rotação de funções e tarefas entre os empregados (Job Rotation)? Com que frequência essa prática ocorre? De que forma isto ocorre normalmente?

2.15 Com que frequência a organização realiza encontros para trocas de conhecimento entre os funcionários de diferentes departamentos (reunião, coffee break, encontros de integração)? O que é tratado nesses encontros?

2.16 A organização utiliza conhecimento ou tecnologias provenientes de experiências de outras organizações do segmento hospitalar? Caso positivo, poderia me dar alguns exemplos de como isto ocorre?

2.17 A organização tem o costume de formar equipes de trabalho envolvendo pessoas de diferentes departamentos/filiais? Como esta prática é realizada?

Capacidade de Transformação

2.18 Existe colaboração entre os colaboradores, de forma espontânea? Esta colaboração facilita a troca de ideias e interpretações entre as áreas? Poderia dar algum exemplo?

2.19 A organização investe em treinamento com pessoal? Poderia citar alguns desses treinamentos?

2.20 Além dos sistemas de informações já citados, tem mais alguma forma de compartilhamento de informações entre seus colaboradores (comitês de qualidade para discutir os problemas, reuniões, etc.)?

2.21 As informações transitam com facilidade por diferentes níveis hierárquicos, departamentos e equipes? A organização consegue atingir todos os colaboradores (comunicação interna, endomarketing)? Poderia mencionar situações em que isto ocorreu?

Capacidade de Aplicação

2.22 A organização possui de atividades de pesquisa e desenvolvimento (P&D) estruturadas internamente? Caso não tenha, quem ou que setor é responsável pelo desenvolvimento de projetos?

2.23 A organização tem habilidade de trabalhar através da adoção de novas tecnologias e inovar frente aos concorrentes? Poderia citar alguma situação em que isto ocorreu?

2.24 A gerência dá suporte ao desenvolvimento de novos modelos de processos, novos serviços dentro da organização? Desenvolve projeto piloto para controle das variáveis antes de iniciar a execução dos serviços? Poderia citar exemplos?

3 CAPACIDADE DE INOVAÇÃO

Adaptado de: Wang e Ahmed (2004); Liao, Fei e Chen (2007); Costa e Meirelles (2014).

Capacidade de Inovação em Serviços

3.1 Quando a organização adiciona novas funções ou características em serviços existentes, ou introduz novos serviços no mercado, como os clientes percebem essas mudanças? Eles os veem como uma grande inovação em relação aos existentes no mercado?

3.2 Na introdução de novos serviços, a organização é muitas vezes a primeira no mercado, comparando aos seus concorrentes, ela pode ser considerada pioneira em novas técnicas, processos e novas tecnologias? Poderia descrever alguma situação ocorrida?

3.3 Com que frequência a organização estabelece novos serviços e processo e desenvolve novos projetos? Poderia citar algum exemplo?

3.4 Como você considera a taxa de sucesso dos serviços introduzidos pela organização em relação aos concorrentes? Quais são os mecanismos utilizados para este controle (controle de desempenho, controle de qualidade, pesquisa de satisfação dos clientes, acompanhamento de projetos)?

Capacidade de Inovação de Mercado

3.5 Os serviços lançados recentemente pela organização são considerados inovadores ou pequenas modificações dos anteriores? Poderia descrever algum caso?

3.6 A organização adota estratégias, pesquisas de mercado, e programas de marketing para promover os novos serviços introduzidos no mercado, assim como os já existentes? Estes programas, se comparado aos concorrentes, podem ser revolucionários no mercado? Poderia comentar sobre alguns dos programas ou estratégias que a organização possui?

Capacidade de Inovação de Processos

3.7 Quando a organização não consegue resolver um problema utilizando métodos convencionais ela improvisa utilizando novos métodos? Poderia descrever alguma situação ocorrida?

3.8 A organização tem costume de desenvolver constantemente novas habilidades e adquirir novos equipamentos para melhorar o processo de realização dos serviços? Poderia me dar algum exemplo?

3.9 A organização, durante os últimos anos tem desenvolvido novas abordagens e modelos de gestão? Poderia citar alguma situação?

3.10 - Existe suporte técnico para auxiliar a organização na adoção de diferentes procedimentos operacionais para acelerar a realização dos objetivos da empresa? Poderia citar alguns casos?

3.1 Capacidade de Inovação Comportamental

3.11 A organização está disposta a experimentar novas formas de fazer as coisas, buscando assim soluções novas e incomuns? Poderia comentar sobre alguma situação ocorrida?

3.12 E quanto aos gestores, eles apoiam essa prática? De que forma?

3.13 Os colaboradores e gestores são incentivados a pensar e se comportar de maneira original e inovadora? O que a organização tem feito para motivar a inovação e geração de ideias?

Capacidade de Inovação Estratégica

3.14 A organização e seus gestores estão dispostos a assumir riscos elevados para aproveitar e explorar oportunidades de crescimento? Poderia citar algum caso ocorrido?

3.15 - Com relação a P& D, como você classifica os recursos investidos (soluções em tecnologia, etc.)? Estes recursos são suficientes para acompanhar as necessidades impostas pelo mercado?

3.16 A organização e gestores buscam constantemente novas soluções e ideias para resolução de problemas? Poderia me dar alguns exemplos?

3.17 Quando a organização encontra novas formas de fazer as coisas, ela muda e se adapta rapidamente a esse novo sistema? Poderia citar algum exemplo?

3.18 Existe uma equipe (um funcionário) ou um departamento responsável pela detecção e implementação de mudanças?

3.19 Quando uma nova ideia de um novo serviço é gerada, como se dá o processo de avaliação, seleção e implantação dessa ideia na organização? Existe algum procedimento padrão para incorporá-las ou é realizado de forma aleatória? São realizados experimentos e aprendizagem sobre essa nova ideia antes de lançá-la ao mercado?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO DE LIVRE ESCLARECIMENTO (TCLE)



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Faculdade de Ciências Econômicas, Administrativas e Contábeis – FEAC
Programa de Pós-Graduação em Administração

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **Processo de Desenvolvimento da Capacidade Absortiva e da Capacidade de Inovação em Organizações do Setor Hospitalar**, de responsabilidade da pesquisadora Elizabete Casagrande Lazarotto.

Esta pesquisa justifica-se devido ao fato de não terem sido encontrados significativos estudos sobre o processo de desenvolvimento de capacidades dinâmicas em organizações hospitalares, principalmente por abordar dois elementos que compõem as capacidades dinâmicas sob a perspectiva de comportamentos, habilidades, processos, rotinas e mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento. O tema capacidades dinâmicas vem ganhando destaque na área de Administração estratégica, sendo apontado como emergente no âmbito internacional, quando relacionado com outros campos da administração e, principalmente nacional, necessitando de mais estudos devido à importância do tema para competitividade das organizações. Quanto à aplicação prática, o estudo se justifica por abordar a questão das organizações de serviços hospitalares, de importância relevante quanto ao cunho social e para o desenvolvimento da Região.

O objetivo geral desta pesquisa é compreender os mecanismos e instrumentos de desenvolvimento da capacidade absorptiva e inovativa em organizações do setor hospitalar. Os objetivos específicos são: (a) Identificar o ambiente no qual as organizações estão inseridas; (b) Determinar as habilidades e comportamentos que propiciam a existência de capacidade absorptiva e inovativa; (c) Descrever os processos e rotinas de suporte às capacidade absorptiva e inovativa; (d) Investigar os mecanismos de aprendizagem e governança do conhecimento para desenvolvimento da capacidade absorptiva e inovativa.

As entrevistas serão realizadas no melhor dia e horários definidos pelos entrevistados. Cada entrevista tem uma duração aproximada de 1 hora. Atendendo o protocolo padrão de coleta de dados, a entrevista deverá ser gravada para garantir a confiabilidade dos dados. As gravações serão utilizadas exclusivamente para os fins desta pesquisa e, após a análise dos dados as gravações serão destruídas.

Caso for identificado algum sinal de desconforto psicológico da sua participação na pesquisa, a pesquisadora compromete-se em orientá-lo (a) e encaminhá-lo (a) para os profissionais especializados na área. Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada a pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo

Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento. Você não terá qualquer despesa para participar da presente pesquisa e não receberá pagamento pela sua participação no estudo.

As suas informações serão gravadas e posteriormente destruídas. Os dados relacionados à sua identificação não serão divulgados. Os resultados da pesquisa serão

divulgados na Dissertação da pesquisadora e em artigos que possam ser realizados a partir desta, mas você terá a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados.

Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considere prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com a pesquisadora Elizabete Casagrande Lazarotto pelo telefone (54) 99772214. Ou com o Programa de Pós-Graduação em Administração pelo telefone (54) 3316-8398 ou também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, pelo telefone (54) 3316-8157, no horário das 08h às 12h e das 13h30min às 17h30min, de segunda a sexta-feira.

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com a pesquisadora.

Passo Fundo, _____ de _____ de _____.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome do (a) pesquisador (a): _____

Assinatura: _____